This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.

+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.

+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.

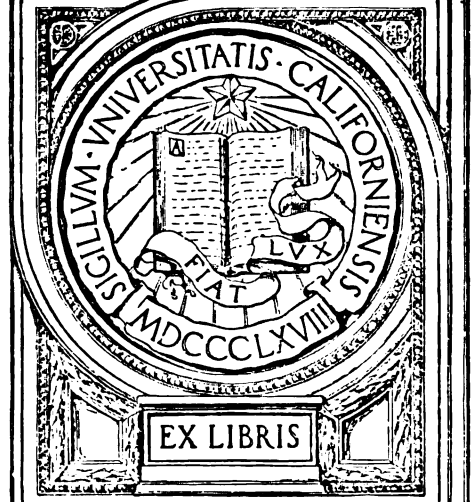
+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at `http://books.google.com/`

B 3 749 108

UNIVERSITY OF CALIFORNIA
MEDICAL CENTER LIBRARY
SAN FRANCISCO



MONATSHEFTE

FÜR

PRAKTISCHE DERMATOLOGIE.

REDIGIERT VON

P. G. UNNA UND P. TAENZER.

DREISSIGSTER BAND.

1900.

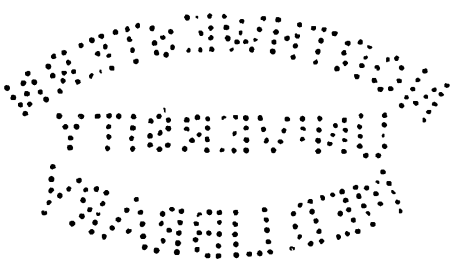
JANUAR BIS JUNI.

MIT 4 TAFELN UND 8 ABBILDUNGEN IM TEXT.

HAMBURG UND LEIPZIG,

VERLAG VON LEOPOLD VOSS.

1900.



Druck der Verlagsanstalt und Druckerei Actien-Gesellschaft
(vormals J. F. Richter) in Hamburg.

Inhalt.

Originalabhandlungen.

	Seite
Kühlpasten, von P. G. Unna	1
Über die Behandlung des Lupus vulgaris nach der Unnaschen Methode, von Franz Krzysztalowicz	6
Transpellikulare Behandlung, von P. G. Unna	14
Histologische Untersuchung über die Wirkung des Chrysarobins, von Menahem Hodara	53
Zur Diagnose der Frostbeulen, von P. G. Unna	70
Die Rolle des Nervensystems bei den Hautkrankheiten, von Leredde	101
Gynokardseife gegen Lepra, von P. G. Unna	139
Ein Fall von Pemphigus acutus non contagiosus, von Mark Besmann	153
Fort mit dem Leinen! von P. G. Unna	155
Inwieweit vermögen alle bisher angegebenen spezifischen Färbungen des Elastins auch Elacin zu färben? Gekrönte Preisarbeit von Franz Krzysztalowicz	265
Zur Anwendung der Pyrogallussäure im Gesicht, von Leo Leistikow	293
Die jungen Plasmazellen oder Lymphocyten bei der chronischen Entzündung, von H. Herbert	313
Über Haarfärbemittel, von J. Broers	319
Das Wesen der Naftalanwirkung, von P. G. Unna	321
Ein neuer pathologisch-anatomischer und klinischer Beitrag zur Kenntnis des Ainhums, von Juliano Moreira	361
Zur Behandlung der gonorrhoischen Epididymitis, von Spiegelhauer	368
Über die epitheliale Natur der Naevuszellen, von Ch. Audry	409
Maculae atrophicae bei einem Syphilitiker, von V. Mibelli	410
Celloidinum inelasticum, von P. G. Unna	422
Beitrag zum Studium der Epidermolysis bullosa hereditaria, von P. Colombini	457
Celloidinum inelasticum und Collodium elasticum, von P. G. Unna	476
Über einige Einzelheiten der Struktur des syphilitischen Hodens, von Ch. Audry	505
Ein weiterer Beitrag zur Welanderschen Sackbehandlung der Syphilis, von Arth. Jordan	508
Zur Behandlung der Epididymitis gonorrhoica, von R. Kaufmann	514
Ein seltener Fall von Hyperkeratose, von Buri	557
Zur Tripperbehandlung, von Weidenhammer	566

83277

Seite

Versammlungen.

Berliner dermatologische Gesellschaft 72. 159. 324. 424. 566
Wissenschaftliche Aerztegesellschaft zu Innsbruck 16. 327
13. Versammlung der Anatomischen Gesellschaft zu Tübingen 429
Venerologisch-dermatologische Gesellschaft zu Moskau 75. 294. 516. 569

Fachzeitschriften.

Archiv für Dermatologie und Syphilis 76. 295. 429. 517. 570
Dermatologisches Centralblatt 80. 215. 305. 328. 484
Centralblatt für die Krankheiten der Harn- und Sexualorgane 141. 215. 328. 483. 575
Lepra 479
Monatsberichte über die Gesamtleistungen auf dem Gebiete der Krankheiten des Harn- und Sexual-Apparates 81. 216. 328. 485
Dermatologische Zeitschrift 211. 433. 576
Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie 19. 218. 388. 521
Annales des maladies des organes génito-urinaires 219. 436
Journal des maladies cutanées et syphilitiques 20. 221. 390. 524. 581
Archives of Surgery 439
The British Journal of Dermatology 18. 216. 485. 578
Journal of cutaneous and genito-urinary diseases 163. 525. 580
American Journal of Dermatology and genito-urinary diseases 161. 392. 437
Bolletino delle malattie veneree, sifilitiche e della pelle 382. 581
Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle 168. 329. 530

Bücherbesprechungen.

Medizinalkalender für das Jahr 1900 22
Erysipelas und Erysipeloid, von Lenhartz 22
Ein Beitrag zur Lehre von der Alopecia praematura, von Saalfeld 25
Die gonorrhoische Gelenkentzündung, von Bennecke 25
Jahresbericht XIII, II. Hälfte, von Baumgarten und Tangl 26
Über die Tätowierung bei den Prostituierten, von Le Blond und Lucas 26
Die Akne und ihre Behandlung, von Jessner 26
Dermato-histologische Technik, von Joseph und Löwenbach 26
Handbuch der Krankenversorgung etc., von Liebe, Jacobsohn und Meyer .. 81
Veröffentlichungen der Deutschen Gesellschaft für Volksbäder. I. Heft 82
Handatlas der Hautkrankheiten, II. Abteilung, von Kaposi 222
Nahrungsmittel und Ernährung der Gesunden und Kranken, von Hirschfeld .. 222
Die Prostitution, von Ströhmberg 224
Mikroskopische Technik, von Friedländer 225
Rezeptsünden und ihre Folgen, von Binz 225
Die Traumen der Harnröhre des Mannes, von Wasiliew 225
Die Sabouraudsche Seborrhoe, von Luise Petit 333
Allgemeine Therapie der Krankheiten der Harnorgane, von L. Casper 333
Allgemeine Therapie der ansteckenden Geschlechtskrankheiten, von Caspary ... 333
Die Chemie im täglichen Leben, 4. Aufl., von Lassar-Cohn 394
Neue Methoden der Wundheilung, 2. Aufl., von Schleich 394
Der Sternalwinkel, von Rothschild 394
Schnelle und gründliche Heilung der Syphilis, von Larrieu 394
Jahresbericht XIV, I. Hälfte, von Baumgarten und Tangl 395
Die Litteratur über die venerischen Krankheiten; Supplementband I, von Proksch 489
Die ekzematösen Augenerkrankungen, von Bach 490
Die Krankheiten der männlichen Harnorgane, von Friedländer 491

Seite
Taschenbuch für Dermatologen und Urologen, von Notthafft 492
Pathologie und Therapie des Hautjuckens, I. Teil, von Jessner 492
Mikrophotographischer Atlas zum Studium der pathologischen Mykologie des Menschen, Lieferung 1 und 2, von Fraenkel 532
Die Lepra des Auges, von Borthen 592

Systematische Übersicht der Referate.

I. Allgemeines.

Anatomie und Physiologie der Haut.

Zur Frage über die Endigungen der Nerven in den Vater-Pacinischen Körperchen, von Sokolow 145
Über die Reaktion der elastischen Fasern auf Höllenstein und über die Beziehungen des elastischen Gewebes zum Muskelgewebe, von Martinotti 145
Über die Genese einiger Bindegewebsgrundsubstanzen, von Frc. Hansen 145
Ist die Gruppenstellung der Säugetierhaare eine Stütze für die Maurersche Hypothese von der Ableitung des Haares von Hautsinnesorganen niederer Vertebraten, von H. de Meijere 146
Über die vielkernigen Zellen des Plattenepithels, von Tonkoff 146
Talgdrüsen in der Schleimhaut des Mundes, von D. W. Montgomery und W. G. Hay 212
Über die Wachstumsgeschwindigkeit des Kopfhaares, von J. Pohl 215
Wesen und Bedeutung der Florenceschen Reaktion, von Vertun 215
Histologie der Haut. Definition und Nomenklatur der Epidermisschichten des Menschen und der Tiere, von L. Ranvier 332
Bemerkung über die Haare der Negritos auf den Philippinen, von J. Pohl-Pincus 353
Über die Durchgängigkeit der unversehrten Haut des Warmblüters, von Gustav Vogel 353
Ortssinn der Haut, von Frey 354
Über Schweifssekretion, von A. Biedl 354
Die Anatomie der Zelle, speziell des Zellleibes, von Flemmings 429
Die Regeneration der Haare, von Spuler 429

Mikroskopische Technik.

Über die Struktur des Protoplasma der menschlichen Epidermiszelle, von Karl Herxheimer 355
Zur Plasmazellenfrage, von Th. v. Marschalkó 356
Die Herxheimerschen Spiralen, von Locatelli und Migliorini 531
Über die Lagerung der Gonokokken im Trippersekret, von Alfred Lanz 572
Über die Anwendung des Neutralrots zur Gonokokkenfärbung, von Paul Richter 577

Bakteriologie.

Experimentelle Beiträge über die Fermente der Ringwormpilze, von Leslie Roberts 146
Über die Form Oospora des Mikrosporums beim Pferde, von E. Bodin 147. 218

Hygiene.

Ist die gegenwärtige Organisation der ärztlichen Überwachung der Prostitution verbesserungsfähig? von E. Finger 147
Zur Frage der sexuellen Hygiene, von Hoerschelmann 148
Die Geschlechtskrankheiten in der deutschen Armee, von Julian Marcuse 149
Die Geschlechtskrankheiten im amerikanischen Heere, von William Hammond 149

Seite

Internationale Konferenz zur Prophylaxis der Syphilis und der venerischen Krankheiten, Brüssel 4.—8. September 1899 ... 169
Mikroskopische Untersuchungen des Genitalsekretes der Prostituierten Moskaus, von Orlow ... 295
Die Verbreitung der ansteckenden Geschlechtskrankheiten in der Armee nebst Bemerkungen über die Therapie der Blennorrhoe, von Vogl ... 356
Prostitution, von Jessner ... 357
Die Prophylaxe der Geschlechtskrankheiten, von F. Buret ... 390
Betrachtungen über die Möglichkeit, die Prostituierten zum Guten zurückzuführen, von Louis Jullien ... 525
Sind die Bordelle vom ärztlichen Standpunkt aus empfehlenswert? von L. Le Pileur ... 581

Allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie der Haut.

Allgemeine Pathologie der toxischen Dermatosen, von Leredde ... 150
Sensibilitätserkrankungen an transplantierten Hautstücken, von Erwin Stransky 151
Über Veränderungen regionärer Lymphdrüsen bei artifiziellen Hautentzündungen, von R. Winternitz ... 151
Zur Kenntnis der hyalinen Degeneration, von A. Czerny ... 151
Wie das Klima die Haut und deren Erkrankungen beeinflußt, von Duncan Bulkley ... 161
Über eine besondere Veränderung der Drüsen der Mundschleimhaut, von Respighi 168
Der Unterricht in Tropenkrankheiten, von Henri Fournier ... 201
Über Embolie und Metastase in der Haut, von L. Philippson ... 321
Die Rolle der Dyspepsien bei der Entstehung einiger Hautkrankheiten, von Robin und Leredde ... 358
Albuminurie und akute diffuse Nephritis im Verlaufe einiger Hautkrankheiten (Scabies, Ekzem), von Pechkranz ... 358
Hautaffektionen bei Nierenerkrankungen, von Samuel West ... 358
Über das normale Vorkommen von Arsenik in verschiedenen Organen der Tiere, von Gautier ... 359
Klinisch-histologische Untersuchungen über die Anheilung ungestielter Hautlappen, von Wilhelm Braun ... 359
Zur Kenntnis der hyalinen Degeneration, von Ad. Czerny ... 359
Die Rolle der Eiterorganismen bei der Entstehung von Hautkrankheiten, von G. T. Elliot ... 527
Beiträge zum Studium verschiedener Hautkrankheiten, von Leslie Roberts ... 578

Pharmakologie und allgemeine Therapie der Haut.

Kestin, ein neues wertvolles Dermatotherapeuticum, von Ohmann-Dumesnil .. 163
Die Behandlung der Stomatitis mercurialis, von Lanz ... 169
Die neueste Anwendung der Lichtbehandlung, von Minin ... 170
Die Radiotherapie der Hautkrankheiten, von Leopold Freund ... 170
Über die Anwendung der Röntgenstrahlen in der Medizin, von Eduard Schiff 170
Das künstliche Serum bei den toxischen Dermatosen, von Callari ... 171
Wundbehandlung mit Sauerstoffgas, von Georg Stoker ... 171
Airol, ein Ersatzmittel des Jodoforms. Sammelbericht von J. Marcuse ... 172
Arsenik, ein Irritans für die Haut, von A. M. Roberts ... 172
Betulin, ein Farbstoff aus der Rinde von Betula alba zum Färben kosmetischer und pharmazeutischer Präparate, von Reichardt ... 172
Dolomol-Compounds bei Hautkrankheiten, von Ohmann-Dumesnil ... 172
Über Eigone, von E. Saalfeld ... 173
Das Eisenchlorid bei der Behandlung der Dermatomykosen, von Brenta ... 173
Eucain als lokales Anaestheticum, von G. G. Hamilton ... 173
Jodol-Perubalsam-Salbe, von Schweissinger ... 173
Über Jodpräparate und deren Dosierung, von Radestock ... 173
Geruchloses Jodoform, von Ohmann-Dumesnil ... 174
Über Jodogallicin, von Goliner ... 174
Verordnungsweisen des Naftalan, von Heinr. Paschkis ... 174
Heilversuch mit Naftalan, von Géza Varga ... 175
Unsere Erfahrungen mit dem Naftalan, von Fritz Gernsheim ... 175

Seite

Zur Anwendung des Naftalan, von Friedeberg ... 175
Über die Wirkungen des Protargols bei Erkrankungen und Verletzungen der Haut, von Floret ... 176
Über Sanatogen, besonders bei Syphilis- und Quecksilber-Kachexie, von P. Richter 176
Die therapeutische Bedeutung des Tannoform, von St. Grosse ... 176
Über Tuberkulinseife, von P. G. Unna ... 176
Kurzer Bericht über die Anwendung des Thioforms bei Geschlechts- und Hautkrankheiten, von Kopytowski ... 306
Hypodermische Medikation bei Hautkrankheiten, von C. B. Savory ... 395
Die therapeutische Wirkung von Licht und Hitze, von W. K. Sibley ... 395
Das Röntgenverfahren, von Julius L. Löwenthal ... 396
Die Lichttherapie, von Julius L. Löwenthal ... 396
Bemerkungen über Finsens Phototherapie, von V. Bie ... 396
Die Kataphorese und ihre therapeutische Verwertbarkeit, von P. Meissner ... 397
Portoplast ... 398
Über einige neue Heilmittel und Methoden in der Dermatotherapie, von Mibelli 399
Arzneiexantheme, von Jessner ... 399
Echinacea Angustifolia, ein neues Aphrodisiacum, von J. Coplin-Stinson ... 399
Über Epicarin, von A. Eichengrün ... 399
Die Absorption von Ichthyol durch die Haut, von Cornelius Beck und von Fenyvessy ... 400
Untersuchungen über Naftalan, von Spiegel und Naphtali ... 400
Zur Anwendung des Naftalan, von Friedeberg ... 400
Weitere Mitteilungen über die praktische Verwendung von Naftalan, von Richard Bloch ... 400
Zur Anwendung von Orthoform, von Wunderlich ... 400
Quecksilberintoxikation mit tödlichem Ausgang nach Injektionen von Kalomel, von Gaucher ... 401
Das Resorbinquecksilber, ein Ersatzmittel der grauen Salbe, von James Silberstein ... 401
Über Sanatogen, besonders bei Syphilis- und Quecksilber-Kachexie, von Paul Richter ... 401
Versuche mit Thiolum liquidum bei einigen Hautkrankheiten, von A. Jordan .. 401
Erfahrungen mit Vasogenpräparaten, von Suchannek ... 402
Über Zinkoxyd-, Stärke-, Resorcin-Paste, von Schneider und Becker ... 402
Heliosin, von Sakrepa ... 516
Über ein neues Jodeiweißpräparat („Jodolen"-Laquer) und seine therapeutische Verwendung, von W. Sommerfeld ... 572

II. System der Hautkrankheiten.

A. *Angioneurosen.*

Raynaudsche Krankheit und Trauma, von M. Brasch ... 177
Fälle von Amenorrhoe im Verein mit Raynaudscher Krankheit und Lungentuberkulose, von J. W. Byers ... 178
Ödem der Leistengegend bei akuter Peritonitis, von E. W. Battle ... 178
Über einen Fall von chronischer Urticaria der Schleimhaut der Halsorgane, von Merx ... 178
Ein Fall von Nesselfieber kompliziert mit Hämorrhagien in der Haut, von M. Stein 178
Ein Fall von toxischem Erythem mit tödlichem Ausgange, von Kaposi ... 178
Ein symmetrisches Erythem der Handteller, von A. J. Chalmers ... 179
Über einen Fall von Haemophilie mit erfolgreicher Anwendung der Gelatineinjektion, von Heymann ... 179
Hämorrhagische Septikämie beim Menschen infolge des Kapselbacillus, von W. T. Howard jr. ... 180
Zur Kasuistik des Morbus Werlhofii, von J. M. Nesterovsky ... 180
Hämorrhagisches Erythem bei Brightscher Krankheit, von Colcott Fox ... 181
Über Purpura rheumatica, von W. L. Johnsohn ... 181

Seite

Ein Fall von perniciösem, akuten Rheumatismus mit ausgedehnter Purpura, von Poynton ... 181
Jodpurpura der Mundschleimhaut, von Milian ... 182
Experimentelle Untersuchungen über Urticaria, von L. Philippson ... 331
Hämatologische Untersuchungen über die Purpura haemorrhagica, von C. Rocca 332
Zur Ätiologie der Ödeme, von Vehmeyer ... 402
Akutes umschriebenes Hautödem, von Donan ... 402
Urticaria hervorgerufen durch Gerüche, von Joal ... 402
Urticaria factitia, von M. Biggs ... 402
Beitrag zur Kenntnis der scharlachähnlichen Influenzaexantheme, von Bruno Sellner ... 403
Influenza begleitet von einem urticariaähnlichen Ausschlage und Desquamation, die Scharlachfieber vortäuschte, von H. N. Hardy ... 403
Nervenläsionen bei der Pellagra, von Babes und Sion ... 403
Zur Untersuchung der Roseolen auf Typhusbacillen, von Curschmann ... 404
Ein Fall von Raynaudscher Krankheit mit tödlichem Ende, von William Dukeman ... 404
Raynaudsche Krankheit und Trauma, von M. Brasch ... 405
Ein Fall von Akromegalie kompliziert durch Erscheinungen der Raynaudschen Krankheit, von Boettiger ... 405
Raynaudsche Krankheit: die heilbaren und die unheilbaren Fälle, von Liégois. 405
Raynaudsche Krankheit, von Clément ... 406
Blasentumor, von Kafin ... 406
Die Behandlung der Hämophilie, von J. B. Siddal ... 406
Gelatin als Hämostaticum, Mitteilung eines damit behandelten Falles von Hämophilie, Heilung, von J. B. Nichols ... 407
Die pathologische Anatomie der Barlowschen Krankheit, von Jacobsthal ... 441
Purpura im Kindesalter, von Perrin ... 442
Hämorrhagisches Ödem bei Brightscher Niere, von Colcott Fox ... 442
Über einen Fall von Diphtherie mit Erythema nodosum und Gelenkschwellungen ohne Serumbehandlung, von Albert Schütze ... 442
Ein Fall von Purpura mit Bemerkungen über viscerale Komplikationen derselben, von F. P. Weber ... 488
Ein Fall von Urticaria pigmentosa, von Colombini ... 531

B. *Entzündungen.*

I. Traumatische.

Ein Fall von Salicylsäuredermatitis, von M. F. Engman ... 166
Über Anwendung und Wirkung von Aristol bei Brandwunden und Verbrennungen, von Ed. Roelig ... 182
Verbrennung durch Blitzstrahl, von Chuquet ... 182
Kongenitaler Unguis incarnatus, von T. W. Parry ... 182
Zur Verhütung des Karbolbrandes, von Schaeche ... 182
Über eine Massenerkrankung durch Vergiftung mit stark solaninhaltigen Kartoffeln, von Pfuhl ... 183
Ein universeller Bläschenausschlag nach Genuſs von Miesmuscheln, von Rendu. 183
Über Hautaffektionen nach innerlichem Arsenikgebrauch, ein Beitrag zur Frage des Zoster arsenicalis, von Bettmann ... 431
Eine einfache Methode zur Behandlung eingewachsener Nägel, von Gerald B. Webb ... 442
Pikrinsäure bei oberflächlichen Brandwunden, von J. Mac Donald ... 443
Ein Fall von akuter Dermatitis, verursacht durch Hantieren mit Rhus toxicodendron, von F. Nicholson ... 443
Dermatitis als Folge von Orthoformapplikation, von G. E. Decken ... 443
Bullöse Dermatitis nach Jodoformgebrauch, von A. H. Watkins ... 444
Ein Fall von knotigem Jodkalium-Exanthem, von R. Steiner ... 444
Ein Fall von groſsknotiger Bromakne, von R. Steiner ... 444

II. Neurotische.

Weitere Beiträge zur Lehre von den cutanen neurotrophischen Störungen: über eine eigenartige cutane Neurose, von Loewenfeld ... 183

Seite

Über Parästhesie des Nervus cutaneus femoris lateralis, von Kornelius Horváth 184
Herpes zoster, besonders der supraorbitale Typus, von Schamberg 184
Herpes Zoster thoraco-brachialis, von Bourneville und Boucour 184
Über Herpes genitalis, von M. Gaucher 184
Über anormalen Zoster gangraenosus 185
Über Erythromelalgie, von B. Sachs 186
Fall von symmetrischer Geschwulstbildung, Erythromelalgie, von A. Jacobi 187
Neuer Beitrag zum Studium der Erythromelalgie, von Personali 187
Über Fingerherpes, von F. Guermonprez und A. Platel 390
Neurotische Geschwüre des Mundes, sogenannte Stomatitis neurotica chronica, von W. K. Sibley 445
Neurotische Ulcera des Mundes, von Robert Kirk 445
Neurotische Ulcera des Mundes, von Arthur Court 445
Dermatitis herpetiformis, von Köhler 445
Prurigo ferox, von Barendt 445
Über eine seltene Lokalisation des Herpes im Verlaufe der kroupösen Pneumonie 446
Neuralgischer Genitalherpes, von Casarini 446
Meningitischer Herpes, von W. Evans 488
Hauthämorrhagie und Pigmentation in einem Falle von Basedowscher Krankheit, von B. A. Nicol 488
Ein Fall von Dermatitis gangraenosa, von David Couper 489

III. Infektiöse.

1. Allgemeine Infektionskrankheiten.

a. Akute Exantheme.

Otitis der akuten Exantheme vom Standpunkt des Kinderarztes und allgemeinen Praktikers, von Henry Fruitnight 187
Das Vorkommen des sogenannten Streptococcus scarlatinae in Kulturen aus dem Rachen in Fällen von Scharlach, von John Billings 188
Ein Fall von schwerer Pyämie bei Scharlachgenesung, von B. Egis 188
Ein Fall von tödlicher Blutung aus der Vena jugularis comm. bei Scharlach, von J. Stein 188
Perichondritis laryngea bei Scharlach, von H. Kraus 188
Scharlachmeningitis, von Pässler 188
Scharlach nach einer Bruchoperation, von Boisson 189
Arsen in der Therapie des Scharlachs, von S. Selzer 189
Gleichzeitiges Erkranken an Scharlach und Masern, von O. Unruh 189
Ein Fall von gleichzeitiger Masern- und Streptokokkeninfektion, von B. Egis .. 190
Das neue diagnostische Merkmal bei Masern, Flecken an der Mund- und Lippenschleimhaut, von Henry Koplik 190
Über die „Koplikschen Flecken bei Masern", von J. Widowitz 191
Zur Kasuistik der Psychosen bei Masern, von L. Finkelstein 191
Choreiforme Bewegungen nach Varicellen, von Menko 191
Pocken, Bericht über 21 Fälle, von Leavitt 191
Über den Stand der Schutzpockenimpfung in England, von R. Abel 192
Beschlüsse des Bundesrats betreffend das Impfwesen, von Leonh. Voigt 192
Die Diagnose der Pocken, von Martin 392
Scharlachfieber, von Vincent 437
Ausschlag im Anschluß an die Impfung, von Hutchinson 438
Über die Koexistenz von Infektionskrankheiten, von F. C. Fitzgerald 446
Die Ätiologie der Scarlatina, von Class 446
Streptokokken und Scharlachfieber, von Courtois 446
Eine systematische, bakteriologische Untersuchung des Rachens bei Scharlachfieber zum Zwecke der Verhütung einer postskarlatinösen Diphtherie, von G. C. Garrat und J. W. Washbourn 447
Scharlachfieber ohne Ausschlag, von W. G. Nash 447
Scharlachfieber und intrakranielle Eiterung ausgehend von der Nase, von A. J. Tonkin 448
Ein Fall von Scharlach nach Laparatomie nebst Bemerkungen zum puerperalen Scharlach, von Sippel 448

Seite

Die Behandlung des Scharlachfiebers mit salicylsaurem Natrium, von Alexander Haig 448
Die Behandlung des Scharlachfiebers mit salicylsaurem Natrium, von T. P. Poole 448
Masern und Scharlach in London im Jahre 1897 448
Klinische Beobachtungen während einer Masernepidemie unter den Soldaten der Wiener Garnison, mit besonderer Berücksichtigung der Diazoreaktion im Harne und der Blutbefunde, von Karl Franz 448
Zur Frühdiagnose der Masern, von Rolly 449
Zur Kasuistik der Masern im Krankenhause, von Jos. Perkel 449
Über Coincidenz von Masern und Pemphigus, von Leo 451
Das Koplikse Symptom bei den Masern, von Besnier 451
Progressive Muskelatrophie nach Masern, von Batten 451
Ein Fall von trockener Gangrän des Beines nach Masern, von Cappacini 451
Über Röteln und Erythemepidemien, von Ad. Schmid 451
Über das Inkubationsstadium der Varicellen oder der Schafpocken, von W. Sykes 452
Varicellen, beschränkt auf die Augenlider, von Sattler 452
Behandlung der Varicellen, von Gillet 452
Die Pockenepidemie in Hull, von J. W. Mason 452
Über Antistreptokokkenserum bei der Behandlung der Variola, von W. J. Lindsay 452
Über die Behandlung des Eiterungsstadiums der Variola vera, von N. J. Kotowtschicoff 453
Ein typischer Fall von „Vaccinella“ (generalisierter Vaccine), von W. E. Fowler 454
Die Vaccination in Indien 454
Über Vaccination und Variola in der italienischen Armee, von R. Livi 454
Ergebnisse der Schutzpockenimpfuug im Königreiche Bayern im Jahre 1898, von Stumpf 454
Über die obligatorische Impfung eines ganzen Volkes nach amerikanischem System 455
Es giebt keine falschen Impfpocken, von Gillet 455
Über Impfung, von F. G. Attwood 455
Zahl der Impfstellen und Schutz gegen die Pocken 455
Beitrag zur Lehre von den Staphylokokken der Lymphe, von Vanselow und Chaplewski 456
Zufällige Vaccination der Hände, von Arthur J. Hall 487
Über ein bei den Melkern zur Beobachtung kommendes papulöses und eitriges Exanthem, von Ch. Audry 525
Untersuchungen über die histologischen Veränderungen der Haut bei akuten Exanthemen, von Max Beer 576
Studie über die Ätiologie und Pathogenese der sogenannten generalisierten Vaccine bei Individuen mit vorher gesunder oder kranker Haut, von Gustav Paul 570

b. Chronische Infektionskrankheiten.

a. Lepra.

Syringomyelie, von Krassnoff 75
Über präkolumbische Lepra, von H. Polakowski 80
Zur Vorgeschichte des Aussatzes, von Iwan Bloch 193
Über den heutigen Stand der Heredität- und Contagiosität-frage der Lepra, von A. Loewald 193
Lepra in Neu-Caledonien, von M. A. Auché 193
Lepra auf Madeira, von J. A. Thompson 193
Kein Beweis für präkolumbische Lepra in Amerika, von Ashmead 194
Eine falsche Mitteilung aus dem „Baltimore Oriole“, von Ashmead 194
Mitteilungen über Lepra nach Beobachtungen in Südafrika, von Kolle 194
Ein englischer Leprafall, von J. R. Mac Mahon 194
Bericht über die Lepra in Neu-Süd-Wales für das Jahr 1897, von J. A. Thompson 212
Zur Geschichte der Lepra in den Niederländisch-Ostindischen Kolonien vom 17. Jahrhundert bis jetzt, von T. Broes van Dort 213
Lepra maculo-tuberosa, von Lasareff 214
Weitere Bemerkungen zur Lepra, von Jonathan Hutchinson 439
Zur Bekämpfung der Lepra, von Jonathan Hutchinson 439
Ein seltener Fall von Lepra, von G. Armauer Hansen 479
Zur Kenntnis der leprösen Affektionen an der Glans penis, von Leopold Glück 479

Seite

Die Visceralerkrankungen der Leprösen, von Jean Schäffer ... 480
Über tuberkuloseähnliche Veränderungen der Haut mit Auftreten von epitheloiden Riesenzellen und Nekrose bei Lepra maculo-anaesthetica, von Victor Klingmüller ... 481
Lepra in Minnesota, von H. N. Bracken ... 482
Die merkurielle Behandlung der Lepra, von E. Ehlers ... 482
Das Rückenmark, die peripheren Nerven und die Hautflecken bei der Lepra maculo-anaesthetica, von Oskar Woit ... 483
Die Bedeutung einiger Nachrichten über den Aussatz in Persien, von Iwan Bloch ... 493
Allgemeine Betrachtungen über die Ätiologie und Pathogenie der Lepra in Rumänien, von C. T. Bolintineanu ... 493
Lepra in Neu-Süd-Wales, von J. A. Thompson ... 494
Bericht über die Lepra in Neu-Süd-Wales für das Jahr 1897 ... 494
Jahresbericht für 1898 über das Leprahospital in Pelantöngan, von F. J. Müller 494
Zur Prophylaxis der Lepra, von B. Solari ... 494
Zur Frage der Bakteriologie der Lepromata, von J. Barannikow ... 494
Die Sensibilitätsstörungen der Lepra, von S. G. Nicolau ... 495
Ophthalmoskopische Befunde bei Leprösen, von v. Düring und Trantos ... 495
Lepra der Nase, des Pharynx und des Larynx, von Eugen Felix ... 496
Kulturen der Leprabacillen, von Kerdowski ... 516
Ein Fall von makulösen Lepriden der Kopfhaut, von P. A. Morrow ... 525
Lepra tuberosa, von Malyscheff ... 570
Lepra und Isolierung in den Niederländisch-Ostindischen Kolonien von 1657 bis zum Anfang des 19. Jahrhunderts, von T. Broes van Dort ... 577

β. *Tuberkulose.*

Über die Phototherapie des Lupus vulgaris, von St. Mackenzie ... 18
Lupusepitheliom der linken Hand, von Jordan ... 75
Über die Hauttuberkulose der Greise, von Mazza ... 169
Über Lichen scrophulosorum bei einem Neger, von T. Caspar Gilchrist ... 194
Die Behandlung des Lupus nach der Methode von Prof. Finsen, von Petersen. 195
Kasuistische Beiträge zur Röntgenuntersuchung aus dem Krankenhause Herisau und der eigenen Praxis, von Christ-Schmidt ... 195
Die Behandlung des Lupus vulgaris und Lupus erythematodes mit dem Heifsluftstrom, von Eduard Deutsch ... 195
Tuberculosis cutis, von Tschlenoff ... 294
Die günstige Wirkung der Röntgenstrahlen auf den Lupus und deren Nebenwirkung auf die Haut und ihre Anhangsgebilde, von J. Himmel ... 295
Über das Vorkommen der Tuberculosis verrucosa cutis (Riehl und Paltauf) bei Arbeitern in Kohlenbergwerken, von Joh. Fabry ... 302
Lupus vulgaris von ungewöhnlicher Ausdehnung, von Rille ... 496
Einige Bemerkungen über den therapeutischen und diagnostischen Wert des Alt-Tuberkulins, von A. Neisser ... 496
Lupus serpiginosus exulcerans et crustosus mit Kalomelinjektionen behandelt, von Metscherski ... 517
Über den therapeutischen Wert des zimmtsauren Natrons bei der Behandlung der Hauttuberkulose, von La Mensa ... 531

γ. *Syphilis.*

Primäraffekt an der Unterlippe, von Rille und Lotheisen ... 17
Vereiterung geschwollener Lymphdrüsen am Halse auf luetischer Basis, von Rille 17
Syphilis maligna praecox und Leukoderma lueticum, von Rille ... 17
Pigmentsyphilis, von Rille ... 17
Menièrescher Symptomenkomplex, von Röder ... 74
Veränderungen der Zähne bei hereditärer Syphilis, von Wyssotzky ... 76
Dystrophien bei hereditärer Syphilis, von Sokoloff ... 76
Hautsymptome und interkurrende Erscheinungen der Syphilis, von Martin ... 162
Augenkrankheiten infolge von Syphilis, von Hilscher ... 163
Ein Fall von syphilitischer Reinfektion, von A. Spagola ... 168
Die Autoserotherapie der Syphilis und die Immunisation gegen das syphilitische Virus, von L. Levi ... 168

Seite

Beitrag zum Studium der Blutveränderungen bei der Syphilis, insbesondere in Bezug auf die Alkalescenz, die Isotonie und das spezifische Gewicht, von Sorrentino ... 196
Materialien zur Pathologie der Syphilis, von T. Pawlow ... 196
Zur Histopathologie der Syphilis, von M. Herzog ... 197
Über die Heilbarkeit der Syphilis, von Tarnowski ... 197
Die Immunität Tuberkulöser und Syphilitischer gegen Typhus abdominalis, von N. Zatarew ... 198
Einige Bemerkungen über Syphilis, von Thomas ... 198
Über Phagedänismus bei tertiären Syphiliden und deren Behandlung, von Fournier ... 198
Einige Phasen der Syphilis, von Patterson ... 199
Syphilis, ihre sekundären und tertiären Formen, von J. D. Thomas ... 199
Ein Fall von Syphilis insontium, von Schmolck ... 199
Mitteilung über einen Fall von Syphilis ohne Primärgeschwür, von C. F. Marshall ... 199
Zum Profetaschen Gesetz, von R. Brüggemann ... 216
Die Nachkommen kongenital Syphilitischer, von G. Pernet ... 217
Extragenitaler Schanker am Zahnfleisch, von W. T. Freemann ... 217
Die weiblichen Geschlechtskranken von Saint Lazare, von Jullien ... 221
Ein Fall von post-konzeptioneller Syphilis, von Henri Malherbe ... 221
Einige chirurgische Betrachtungen über Syphilis, von Frank Hartley ... 228
Die Vererbung bei der Syphilis, von Raymond ... 229
Syphilis: der Schanker, von Thomas ... 229
Spätauftretende oropharyngeale Syphilis, von Somers ... 229
Syphilis des Magens, von R. L. Wood ... 230
Die Gefahr der spezifischen Behandlung bei der tabetischen Sehnerven-Atrophie, von L. de Wecker ... 230
Ein Beitrag zur Keratitis parenchymatosa bei erworbener Lues, von Emil Roubiceck ... 230
Über die pathogenetische Bedeutung der Recidive bei syphilitischen Erkrankungen der Augen und die Mittel ihrer Verhütung, von Galezowski ... 231
Fall von syphilitischer Orbitalerkrankung, von W. Uhthoff ... 231
Schädelsyphilis, von Stubenrauch ... 231
Ein Fall von multipler Periostitis acuta syphilitica bei einem 6jährigen Mädchen von A. Kissel ... 232
Ein Fall von hereditär-syphilitischer Osteitis, von A. James ... 232
Syphilis bei einer hereditär-syphilitischen Frau, Dualismus der hereditären Syphilis, von Rendu ... 232
Einige Fälle von Cerebralsyphilis, von L. Mesnard ... 232
Die Gehirnsyphilis und ihre Behandlung, von Plicque ... 233
Ein Fall von akuter transitorischer Manie bei einem Syphilitiker, von Charles O'Donovan ... 233
Gehirn-Rückenmarkssyphilis mit intramuskulären Injektionen unlöslicher Quecksilbersalze behandelt, von J. Coplin-Stinson ... 233
Instruktive Fälle von syphilitischer Meningomyelitis, von Scott Macgregor ... 234
Über Gummata des Beckens, von Arthur K. ... 234
Zur klinischen Diagnose der gummösen Larynxsyphilis, von Blumenau ... 235
Fünf Fälle von Herzsyphilis, von Hartge ... 235
Syphilitische Kniegelenkentzündung, von Koeppelin ... 236
Eine Form von Gelenkaffektion in den späteren Stadien der Syphilis, von A. Whitfield ... 236
Vorlesungen über die Therapie der Syphilis, von J. Neumann ... 236
Über die verschiedenen Formen der Syphilisbehandlung, von Joseph Loewenstein ... 236
Über die Behandlung der Syphilis im allgemeinen und der auf der Basis dieser Krankheit sich entwickelnden Krankheit, von S. Tscherjew ... 236
Behandlung der Syphilis, von Thomas ... 237
Die Luesbehandlung mit Serum merkurialisierter Tiere, von Tarnowsky und Jakowlew ... 237
Beitrag zum Studium der Serotherapie bei der Syphilis, von C. Vitner ... 238
Behandlung der Syphilis mit 5%igen Sublimatlösungen nach Lukasiewicz, von J. Korbel ... 238

Seite

Die Absorption des Kalomels bei intramuskulären Injektionen, einige besondere Indikationen derselben, von Scarenzio ... 238
Erfahrungen über die innerliche Anwendung des Jodipins bei Lues, von O. Burkhart ... 238
Behandlung der syphilitischen Kopfschmerzen mit Jodkaliumklystieren, von Solari ... 238
Über Lichen syphiliticus, von Willy Hirschlaff ... 305
Die Immunität gegen Syphilis und die Chemotaxis bei den Tieren, von La Mensa 329
Das Orthoform und sein Wert als Analgetikum bei Kalomelinjektionen, von Sprecher ... 330
Über die Methode des Prof. Scarenzio bei der Behandlung der Syphilis und über die Art und Weise wie das Kalomel resorbiert wird, von Cattaneo ... 330
Über einige Versuche zur Aufhebung der Chemotaxis bei Tieren durch das syphilitische Virus und dessen Toxine, von La Mensa ... 330
Para- oder postsyphilitische Läsionen des Larynx? von Trifiletti ... 332
Betrachtungen über die Syphilis, von Ch. Audry ... 389
Ein eigentümlicher Fall von Hydrargyrose, von Millée ... 391
Hereditäre Syphilis, von Engmann ... 393
Die Zeichen der erblichen Syphilis, von Dawbarn ... 393
Über das Verhalten der Milz bei erworbener Syphilis, von P. Colombini ... 429
Vorläufige Mitteilungen über Syphilisimpfungen am Tiere, von G. Hügel und K. Holzhauser ... 431
Die Prophylaxe der Syphilis durch ihre Behandlung, von Alfred Fournier ... 433
Die Nierensyphilis, von J. J. Karvonen ... 435. 577
Über die Behandlung der Syphilis im allgemeinen und über diejenige der Tabes postsyphilitica im besonderen, von H. Tschiriew ... 435
Einige Phasen der Lues im frühen Lebensalter, von Allen ... 438
Eine syphilitische Form der Mykosis fungoides, von Jonathan Hutchinson ... 439
Syphilis und Framboesia, von Jonathan Hutchinson ... 439
War die Syphilis Ende des 15. Jahrhunderts eine neue Krankheit für Europa? von demselben ... 440
Hereditäre Syphilis, von demselben ... 438
Schwere Syphilis, von demselben ... 438
Syphilis maligna, von demselben ... 438
Nosologische Bemerkungen über Condylome, von C. Rasch ... 484
Die Prophylaxe der Syphilis bei Männern, von S. Behrmann ... 484
Aus der Praxis eines alten Arztes. (Einiges über Syphilis), von Max Leudesdorf 497
Über Syphilisprophylaxe, von Fernet, Hallopeau und Panas ... 497
Die Syphilis als ursächlicher Faktor bei Frauenkrankheiten, von J. A. Shaw-Mackenzie ... 497
Die Prognose quoad vitam bei Syphilis, von Hyde ... 498
Dauer der Kontagiosität der Syphilisprodukte. Kontagiosität der tertiären Syphilis, von J. Neumann ... 498
Syphilitische Reinfektion, von C. M. Moullin ... 499
Beitrag zum Studium des extragenitalen Schankers, von Sprecher ... 499
Beobachtungen über extragenitale Schanker, von Merlier ... 499
Die nervösen Erscheinungen der sekundären Syphilis, von A. Fournier ... 499
Ein Fall von kongenitaler Syphilis, von F. M. Caird ... 500
Hereditäre syphilitische Osteitis, von Alexander James ... 500
Über das Verhältnis der Leukoplakia oris zur Syphilis, von Victor Janovsky 500
Die gummösen Syphilide, von Fournier ... 501
Neuroparalytische Keratitis syphilitischen Ursprungs, von Gallamaerts ... 502
Gummöse Augenerkrankung, von J. J. Evans ... 502
Leukodermia colli, von Barendt ... 502
Ein interessanter Fall von syphilitischem Leukoderma, von Joseph A. Silverman 503
Hereditär-syphilitisches Kind, von Speranski ... 516
Über Syphilisbehandlung mit Merkuriol, von A. Jordan ... 518
Zur Behandlung mittelst Quecksilbersäckchen und Mercolint, von L. Schuster 520
Sekundärsymptome sechs Jahre nach der ersten Ansteckung, von Sarda ... 525
Ein Fall blastomycetischer Dermatitis auf der Basis syphilitischer Geschwüre, von H. G. Anthony und M. Herzog ... 525
Beitrag zum Studium der kongenitalen Syphilis, von V. Surico ... 531
Syphilitische Intoxikation und Infektion, von L. Levi ... 531

Seite
Sekundär-syphilitische Nephritis, von Allaria 535
Syphilitische Ulcerationen der Trachea, von W. Downie..... 535
Syphilitische Stenose beider Bronchien, von Rolleston und C. Ogle..... 535
Über viscerale Syphilis, von Ch. Thorel 535
Betrachtungen über Pankreassyphilis, von Tatouchesco..... 536
Die syphilitischen Erkrankungen des Mastdarms, von J. H. Rille 536
Ein Fall von syphilitischer Lebercirrhose und milchweifser Ascitesflüssigkeit, von Poljakow 538
Diffuse syphilitische Veränderungen in der Leber, von F. P. Weber..... 538
Ein Fall von Syphilis des Herzens und der Leber, von P. M. May 538
Ein Fall von Gummata in der Herzwand, von Lazarus-Barlow 539
Aneurysma bei kongenitaler Syphilis, von J. Hutchinson..... 539
Komplikationen der Mitralstenose und die Rolle der hereditären Lues bei der Ätiologie derselben, von Labadie-Lavrage..... 539
Über einen Fall von tertiärer syphilitischer Epididymitis, von Victor Durand. 539
Syphilitischer Hydrocephalus, von Audéoud 539
Ein Fall von Lues galoppans mit schweren Knochenaffektionen, von Kiessling 540
Trepanation in einem Falle von heftiger Cephalalgie syphilitischen Ursprungs, von Marin..... 541
Beziehungen der Syphilis zur allgemeinen Paralyse, von Joffroy..... 541
Beiträge zur Pathologie der Gehirn- und Rückenmarkssyphilis, von Struppler.. 541
Eine neue Methode der Quecksilbertherapie, von Blaschko..... 542
Die Serumbehandlung der Syphilis, von Wewiorowski..... 543
Die Jodpräparate bei der Behandlung der Syphilis, von Blum 543
Zur hypodermalen Syphilisbehandlung, von Mibelli..... 544
Über die Behandlung der Syphilis nach der Welanderschen Methode, von Wolfsohn 544
Behandlung der Syphilis mit Oleum bijodatum, von Castan-Béziers 544
Die Behandlung der Syphilis mit Merkuriol, von Ahmann..... 544
Die Behandlung ausgedehnter syphilitischer Geschwüre, von Solari..... 544
Reinfectio syphilitica, von Ustinow..... 570
Syphilis der Aorta als Ursache des Aneurysma, von Heller..... 582
Die Präventivbehandlung der hereditären spermatischen Lues im Verlaufe der Schwangerschaft, von Fournier 582

2. Lokale Infektionskrankheiten.

a. der Oberhaut.

Durch grofse Dosen Jodkalium geheilte Psoriasiskranke, von Rille 17
Sykosis parasitaria mit Knotenbildung, von Rille und Lotheisen 17
Über Streptothrix-Infektionen, von Alexander Foulerton..... 18
Über die angebliche antiseptische Behandlung des Herpes tonsurans, von Calderone 27
Histologische Befunde bei Herpes tonsurans maculosus et squamosus mit Pityriasis rosea, von Georg Loewenbach 27
Beitrag zur Frage des Pemphigus foliaceus, von Truffi 28
Pemphigus foliaceus neonatorum, von Hillier..... 28
Keratosis follicularis universalis, von Saalfeld..... 73
Nigrities faciei, von Pospelow 75
Zur Struktur des Hauthorns (Cornu cutaneum palpebrae), von Alexander Natanson..... 78
Histologie des Pemphigus der Haut und der Schleimhaut, von Karl Kreibich. 78
Komedonen, von Blaschko..... 159
Pemphigus vulgaris, von Blaschko 159
Behandlung der Acne 163
Bemerkungen über die Behandlung der Scabies, von Samuel Sherwell 164
Über die Oosporaform (Streptothrix) des Mikrosporums des Pferdes, von E. Bodin 147. 218
Über einen Fall von bullösem Ausschlag von unbestimmbarem Charakter, von T. Colcott Fox..... 216
Ein neuer Beitrag zur Hyperkeratosis figurata centrifuga atrophicans, von E. Respighi..... 218

Seite
Pityriasis versicolor mit periodischer Abblassung, von A. Coffin 221
Ekzem, von Janovski 239
Über den Zusammenhang zwischen Asthma und Eccema, von H. Neville Taylor 239
Über einen Fall von Eccema tuberculosum, von Otto Schanzenbach 239
Die Behandlung des Ekzems, von Jay F. Schamberg 239
Ekzembehandlung und der faradische Strom, von Vollmer 240
Dermatitis exfoliativa neonatorum (Rittersche Krankheit), von Kenardath Das. 240
Ein Fall von cystischer Entartung der Nieren mit allgemeiner Dermatitis exfoliativa, von Parker 240
Pathologische und klinische Beiträge zur Psoriasis vulgaris, von Josef Sellei.. 240
Epitheliom als Folgeerscheinung der Psoriasis und die Wahrscheinlichkeit eines Entstehens infolge von Arsenikdarreichung, von Hartzell 241
Zur symptomatischen Behandlung der Psoriasis nebst einigen Beobachtungen über diese Krankheit, von H. Lau 241
Pityriasis rosea, von A. Fournier 241
Ein Trichophyton beim Pferde, von Calvé und Malherbe 242
Beitrag zur Lehre von der Hyperkeratosis diffusa congenita, von Anton Wassmuth 243
Historische und kritische Studie über die Bakteriologie der Impetigo, von Boularan 243
Über drei Fälle von Pemphigus, von Patel und Pinatelle 243
Keratosis pilaris, von Lasareff 294
Cornu cutaneum, von Kracht 295
Zwei Fälle einer mit Epidermolysis bullosa, konsekutiver Hautatrophie, Epidermiscysten und Nagelverkümmerung einhergehenden Hautkrankheit, von S. Róna 296
Über die Pityriasis lichenoides chronica (psoriasiform-lichenoides Exanthem), von Friz Juliusberg 297
Histologie des Pemphigus der Haut und der Schleimhaut, von Karl Kreibich. 298
Beitrag zur Pityriasis rubra (Hebra), von Doutrelepont 305
Psoriasisefflorescenzen an Vaccinationsstellen, von Bruhns 325
Leukoderma psoriaticum, von Rosenthal 327
Affektion der rechten Vola manus, von Gebert 327
Zwei Fälle von Pemphigus, von Rille 327
Über ein Eccema hyperkeratoticum interdigitale, von W. Dubreuilh 387
Zur Ekzemfrage, von L. Brocq 388
Klinische und bakteriologische Untersuchungen über die Impetigo, von R. Sabouraud 388. 521
Ist das Ekzem mikro-parasitären Ursprungs? von L. Török 389
Psoriasis varioliformis (mihi), von Shields 392
Behandlung der Pityriasis versicolor, von Martin 393
Psoriasis, von Martin 393. 438
Über Dermatitis der Handteller und Fußsohlen, von Jonathan Hutchinson . 439
Pityriasis rubra pilaris, von Heller 424
Lichen simplex chronicus Vidal, von Marcuse 427
Pemphigus haemorrhagicus malignus neonatorum, von Marcuse 427
Ein Fall von Impetigo contagiosa bullosa, Pemphigus vortäuschend, von Faller 438
Ein Fall von akutem herpetischen Pemphigus, von Hutchinson 440
Ein Fall von chronischer interstitieller Nephritis mit interkurrenter Dermatitis exfoliativa, von D. Duckworth 486
Klinische Studien über im Winter und Sommer wiederkehrende Hautausschläge, von H. R. Crocker 486
Pityriasis rubra Hebrae, von Pospelow 516
Klinisches über Akne und den seborrhoischen Zustand, von Josef Schütz..... 517
Ein Beitrag zur Kenntnis der experimentellen und klinischen Eigenschaften des Achorion Schönleinii, von Jaroslav Bukovsky 519
Die Ekzemfrage, von L. Brocq 522
Über Psoriasis nach Impfung, von Carl Ahronheim 545
Die Chronicität des Ekzems, von Leslie Roberts 545
Ekzem, behandelt mit X-Strahlen, von C. Th. Holland 545
Über Sensibilitätsstörungen beim neuropathischen Ekzem, von Arthur 546
Über Naftalanbehandlung des Ekzems, von Josef Mares 546
Ein Prinzip der Behandlung von infizierten Hautfollikeln, von Alfred Eddowes 546

Seite

Scabies der Cornea, von Saemisch 546
Einige Bemerkungen über den Ringworm, von T. C. Fox und F. R. Blaxall.. 546
Micrococcus intertriginis Rosenbach, von May Meyer 547
Epitheliom als Folge von Psoriasis und die Wahrscheinlichkeit von Arsenik als dessen Ursache, von M. B. Hartzell 547
Pityriasis simplex des Gesichts und des Kopfes, von Besnier 548
Die „Mundfäule der Kinder" und ihre Beziehungen zur Maul- und Klauenseuche, von Pott 548
Pemphigus des Mundes, Pharynx, Larynx aus der Haut, von J. S. Richards... 548
Pemphigus contagiosus, von N. G. Munro 549
Pemphigus chronicus vulgaris von Kehlkopf und Mund, J. H. Bryan 549
Histologische Untersuchung eines Falles von Acne cornea, von Giovannini ... 551
Jodkalium bei der Behandlung der Akne, von Leviseur 551
Hyperkeratotische Psoriasis, von Ledermann 567
Ichthyosis, von Sabolotski 569
Fall von Erythema exsudativum multiforme, von Sabolotski 569
Erythema exsudativum multiforme, von Molyscheff 569
Herpes tonsurans mit kleinen Sporen (Mikrosporon Audouini) bei einem Kind. Ausbreitung über die unbehaarte Haut, von Henry Malherbe 581

b. Cutis.

Geschwüre in der Analgegend, von Rille 17
Lichen ruber acuminatus, von Rille 17
Pellagra, von Rille 17
Ein ganseigroßer, knolliger, viellappiger, nicht exulcerierter Tumor eines an Elephantiasis (Hyperplasia lymphatica) erkrankten Labium minus, von Ehrendorfer 17
Zur Frage der Aufnahme von Syphilitischen in die Lebensversicherung, von A. Bayet 20
Acne necrotica, von R. Sabouraud und Amablis 19
Ein Fall schweren komplizierten Erysipels nach ritueller Circumcision, von Heinrich Stein 28
Zwei Fälle von Erysipel, welche mit Antistreptokokkenserum behandelt wurden, von W. Murrel und F. F. Bond 28
Ein Fall von Elephantiasis congenita, von Mainzer 29
Acne excorians der jungen Mädchen und ihre Behandlung, von Brocq 29
Durch den Eberthschen Bacillus verursachte Abscesse im Unterhautzellgewebe, von Malenchini und Pieraccini 29
Ungewöhnliche Formen diphtheritischer Erkrankungen, übertragen durch eine Hebamme, von Hassenstein 29
Zur Kasuistik der Gesichtsfurunkel, von Lympius 30
Über die Excision einiger Karbunkel, von Parker 30
Über den Anthrax, von Reynier 30
Milzbrand der Zunge mit Ausgang in Heilung nebst Bemerkungen zur Behandlung des Milzbrandkarbunkels, von Rammstedt 31
Über einen Fall von Noma faciei, von Fr. Passini und C. Leiner 31
Über Noma und ihren Erreger, von Perthes 32
Über „chronische venerische Geschwüre" (chronic venereal sores) oder „Granuloma ulcerosum" nebst einem typischen Fall, von J. Maitland 82
Antistreptokokken-Serum bei der Behandlung primärer, venerischer Geschwüre und ihrer Komplikationen, von James Moore 33
Zur rationellen Therapie der Lymphadenitis inguinalis suppurativa, von Julius Brandl 33
Eine neue Methode der Behandlung der Stomatitis ulcerosa, von Kissel 38
Pityriasis rubra pilaris, von Palm 72
Pityriasis rubra pilaris, von Kracht 76
Karfunkel 163
Ein Fall von Pemphigus foliaceus-Cazenave, von G. M. Nasarow 213
Erysipel und verwandte Krankheiten, von John Maclachnan 244
Über recidivierendes Erysipel, von J. Soluzew 244
Der Gehalt des Blutes von Leukocyten bei Erysipelatösen, von Chantemesse.. 244
Gesichtserysipel bei einem Neger, von Prat 245

Seite
Die Behandlung des Gesichtserysipels, von Juhel ... 245
Ein Fall von Elephantiasis, von L. Smirnow ... 246
Ein Fall von Elephantiasis scroti; Komplikation mit grofser Hernie, von W. M. Elliott ... 246
Fall von Botryomykose, von Dolore ... 246
Über Hautblastomykose, von A. Buschke ... 246
Phlegmone der Leistengegend, von Loumeau ... 247
Diphtheriebacillen in einem Panaritium, von Seitz ... 248
Demonstration von Rhinosklerombacillen, von v. Marschalko ... 248
Klinische, histologische und bakteriologische Betrachtungen über sieben Fälle von Noma, von Comba ... 248
Einige alte Fälle von Aktinomykose, von R. Blanchard ... 249
Lichen planus, von Besnier ... 249
Ulcera mollia vaginae, von K. Kegler ... 250
Über neuere Therapie der Genitalgeschwüre, von Ad. Isaac ... 250
Weicher Schanker der Conjunctiva bulbi, von Vignes ... 250
Die Behandlung des Ulcus molle und seiner Komplikationen, von M. Horowitz. 251
Die Behandlung des weichen Schankers durch Hitze, insbesondere durch heifse Luft, von Haralamb ... 251
Besserung der Elephantiasis Arabum durch Kalomelinjektionen, von Krassnoff 294
Dermatitis herpetiformis Duhring, von Rosenthal ... 327
Lichen ruber, von Mayer ... 327
Das Bleinitrat beim weichen Schanker, von Melazzo ... 329
Direkte Übertragung von Ekthyma von Tier auf Mensch, von Le Calvé und H. Malherbe ... 391
Sycosis-Verruca, Keloid, Alopecia circumscripta, von Shoemaker ... 438
Sykosis keloides, von Hutchinson ... 440
Experimentelle Erzeugung des weichen Schankers beim Affen, von Nicolle ... 551
Periphere Neuritis im Anschlufs an das weiche, venerische Geschwür, von C. B. Maitland ... 551
Über neuere Therapie der Genitalgeschwüre, von A. Isaak ... 551
Über die Wirkung des Menstrualblutes auf Ulcera mollia, von Petersen ... 551
Zwei Fälle von phagedänischem Schanker mit tödlichem Ausgange, von W. G. Spencer ... 551
Über einen Fall von recidivierender Osteomyelitis centralis des Radius nach Furunkel im Nacken, von S. Auerbach ... 551
Über den Erreger der Gasphlegmone, von Fraenkel ... 552
Pustula maligna, von G. H. Temple ... 552
Über einige neue Resultate mit der spezifischen Serotherapie der Pustula maligna und über die endovenösen Injektionen von Sublimat beim Milzbrand des Kaninchens, von A. Sclavo ... 552
Zur Dermatomyositis, von H. Oppenheim ... 553
Ulcerative Stomatitis, von Guizzetti ... 553
Die diphtheroide impetiginöse Stomatitis im Kindesalter, von Deguy ... 554
Beitrag zur Kenntnis des Pemphigus vegetans, von Neumann ... 554
Zur Ätiologie des Boubas, von Majocchi und Bosellini ... 554
Zwei Fälle von Erysipel, die mit Antistreptokokkenserum behandelt wurden, von Murrel ... 554
Erysipel des Gesichts bei einem Neger, von Prat ... 555
Quecksibersalbe bei Erysipel, von Dematteis ... 555
Elephantiasis eines Beines, von Duckworth ... 555
Beitrag zur chirurgischen Behandlung der Elephantiasis, von Stern ... 555
Elephantiasis, von Buschke ... 568
Elephantiasis brachii dextri, von Wyssotzki ... 571
Ein Beitrag zur Therapie und Ätiologie des Lichen chronicus circumscriptus hypertrophicus (Lichen ruber verrucosus, Lichen corneus), von Josef Schütz 572
Über einen Fall von „Impetigo herpetiformis beim Manne", von L. H. Pollock 576

Progressive Ernährungsstörungen.

Rhinophyma, von Rille ... 16
Epithelialcarcinom der Fossa poplitea, von Rille und Lotheissen ... 17
Epithelialgewächse der Augenbrauen, von R. Crocker ... 33

Seite

Multiples Ulcus rodens, von Paul ... 34
Die Radikalheilung des Epithelialkrebses nach Czerny und Trunecek, von Hornburg 34
Ein Fall von multiplem Fibrom, von J. H. Nankivell ... 34
Cornua cutanea penis, von Puppe ... 35
Ein Fall von Akanthosis nigricans, von Buri ... 35
Pigmentmetamorphose, von Chiari ... 35
Ein Fall von Morbus Addisonii, bei welchem zwei Tage vor dem Tode der Blutdruck bestimmt wurde, von C. Turner ... 36
Ein Fall von Morbus Addisonii nach vorausgegangener Purpura haemorrhagica. Mit einer Stoffwechseluntersuchung, von Franz Vollbracht ... 36
Über einen Fall von Morbus Addisonii mit Veränderungen in den Nervencentren, von Amabilino ... 36
Über einen Fall von Morbus Addisonii, welcher mit Nebennierenextrakt behandelt wurde, von A. Foster ... 37
Neurofibrom, von Heller ... 72
Multiple Keloide, von Plonski ... 74
Multiple Hautsarkome, von Knolle ... 74
Über Endotheliome der Haut, von Eduard Spiegler ... 76
Über Hautveränderungen bei lymphatischer Leukämie und bei Pseudoleukämie, von Felix Pinkus ... 77
Multiple. benigne Sarkoide der Haut, von C. Boeck ... 165
Über Ausräumung der Lymphdrüsen in der Leiste und längs der Vasa iliaca und der Vasa obturatoria in einer Operation, von Leuxander ... 252
Dariersche Krankheit, von Bettmann ... 252
Ein Fall von Pagets Disease, von Maximilian Herzog ... 252
Ein Fall von akuter Leukämie mit Thymustumor bei einem neunjährigen Mädchen, von Heinrich Reimann ... 253
Pseudoleukämie und Lymphsarkomatose, von Wilhelm Türk ... 253
Ein Fall von multiplen Hautfibromen, von T. F. Pearse ... 254
Ein Fall von Recklinghausenscher Krankheit, kompliziert durch sarkomatöses Gewächs des Plexus brachialis, von H. D. Rolleston ... 254
Beitrag zur Kenntnis des Fibroma molluscum (Virchow), von Paul Merken ... 254
Zur Pathologie des Molluscum contagiosum, von J. Seldowitsch ... 255
Beitrag zum Studium des Adenoma sebaceum, von Ajello ... 255
Über die schubweise auftretende entzündliche Schwellung bei Lymphangiomen, von Tavel ... 255
Ein Fall von Ichthyosis nigricans, von Ohmann-Dumesnil ... 255
Einige Pigmentstörungen der Haut, verglichen mit experimentellen Erscheinungen der Nebennieren, von Venanzi ... 256
Der therapeutische Gebrauch von Suprarenalextrakt, von Fr. Robin ... 256
Allgemeine Arsenikmelanodermie, von Enriquez und Lereboullet ... 255
Über Blutbefunde bei Xeroderma pigmentosum, von T. Okamura ... 303
Über das Lymphangioma cutis cysticum circumscriptum, von Ludwig Waelsch 304
Drüsentumor in der linken Supraclaviculargegend, von Blaschko ... 327
Beitrag zum Studium der Epitheliombehandlung nach der Methode von Czerny-Trunecek, von Demonte ... 330
Ein Tumor der Hand. Botryomykosis humana, von Louis Verdelett ... 392
Ein Fall von Epithelioma auf Brandwunde, von Bunts ... 392
Multiples Epitheliom, entstanden auf der Basis eines Lupus erythematosus, von J. J. Pringle ... 485
Klassifikation der Tumoren, von B. H. Buxton ... 529
Ein Fall von Haut-Angiosarkom, von J. M. Winfield ... 530
Aknekeloid, von Buschke ... 568
Lymphosarkom, von Blaschko ... 567
Granuloma sarcomatoides hämorrhagicum multiplex, von Cholin ... 569
Beitrag zur Histogenese des Melanosarkoms der Haut, von Alfred Schaleck .. 580
Bemerkungen über maligne Tumoren, von B. H. Buxton ... 580
Über die Infektiosität maligner Neubildungen, von G. B. Smith und J. W. Washborn ... 584
Experimentelle Studien über das Parasitentum der Tumoren, von Podwissotzki 585
Angeborene Tumoren der Finger, von Charles E. Fairmon ... 585
Drei verschiedenartige Hauttumoren bei einem und demselben Individuum, von G. Th. Beaston ... 586

Seite
Über Geschwülste der weiblichen Brustwarze, von Oscar Ehrhardt 586
Bemerkungen zur Ätiologie des Krebses, von Sir James Sawyer 587
Ein Fall von Pankreascarcinom, von W. Mager 587
Multiples Ulcus rodens, von Paul 587
Radikalbehandlung des Epithelialkrebses mit Arsenik (Czerny-Trunecekscbe Methode), von C. Trunecek 587
Behandlung des Hautkrebses, von A. G. Wollenmann 588
Behandlung der Hautepitheliome nach der Methode von Czerny-Trunecek, von Casarini 589
Über Pagets disease, von Oscar Ehrhardt 589
Multiple Sarkome der Haut, von A. H. Tubby 589
Über ein Melanosarkom des Rektums und die melanotischen Geschwülste im allgemeinen von Gustav Wiener 589
Epitheliale Tumoren auf der Stirn, von Radcliffe Crocker 589
Myeloplaxentumor der Beugefläche des Zeigefingers, von Paviot 590
Ein Fall von Urticaria pigmentosa, von Starck 590
Über Fibroma molluscum, von Trombetta 590
Behandlung der Angiome mit Elektrolyse, von Gilbard 590
Lymphangioma tuberosum multiplex, von Radcliffe Crocker 590
Ein Fall von multiplen Adenomata der Haut, von Robert Aitken 590
Zur Entstehung der multiplen Lipome, von Max Askanazy 591
Die Genese des Lipoms, von E. Aivoli 591
Wie sind Warzen zu behandeln? von du Castel 591
Behandlung von Warzen mit Formalin, von Daniel 592
Addisonsche Krankheit, von J. B. Colemann 592
Addisonsche Krankheit und pathologische Veränderungen der Nebennieren, von Sergent und Bernard 592
Addisonsche Krankheit, von H. J. Campbell 592
Ein Fall von Morbus Addisonii, kompliziert durch Leukodermie und tuberkulöse Peritonitis, von Colman und F. Buszard 593
Über Morbus Addisonii, von L. Huismanns 593
Bronzed Skin bei hypertrophischer Lebercirrhose, von W. Osler 593
Über die Zahl der roten Blutkörperchen in zwei Fällen von Nebennierenerkrankung, von A. Christomanos 594

Pigmentanomalien.

Ein Fall von Melanoglossie, von Albert Coffin 525
Sarcoma melano-pigmentosum multiplex cutis, von Metscherski 576

Regressive Ernährungsstörungen.

Xeroderma pigmentosum, von Rille 16
Die Behandlung der Varicen, von Schwartz 37
Eine neue Methode der Behandlung von Varicen und varikösen Geschwüren, von Moreschi 38
Zur Behandlung der Unterschenkelgeschwüre, von H. Dika 38
Die Behandlung der Hämorrhoiden, von Bazy, Berger, Reclus, Tuffier 38
Operation der Hämorrhoiden, von W. Thelwall Thomas 38
Idiopathische Atrophie der Haut, von Rille 39
Zur Bakteriologie der Gangrän, von Rath 39
Des Haarschwunds Ursachen und Behandlung, von S. Jessner 40
Behandlung der Alopecia areata mit Milchsäure, von Balzer und Stoianowitch 43
Drei Fälle von Lupus erythematosus, von Patel 44
Über diffuse Sklerodermie, von Uhlenhuth 44
Zwei Fälle von Sklerodermie, mit Bemerkungen, von Alexander James 44
Ein Fall von diffuser Sklerodermie der Beine mit scharfer spinalsegmentärer Abgrenzung nach oben, von Bruns 45
Über das Sklerem der Neugeborenen 45
Xeroderma pigmentosum, von Rille 46
Xerodermia pigmentosa, von Barendt 46
Sklerodermie, von Metscherski 76

Seite

Zwei Fälle von Alopecie nach dem Gebrauche von Thalliumacetat, von S. Giovannini ... 211
Die chirurgische Behandlung der Varicen, von J. O'Conor ... 257
Ein sehr praktisches Verfahren zur Heilung des Unterschenkelgeschwürs, von A. G. Cipriani ... 257
Über Radikalbehandlung der Unterschenkelgeschwüre, von Felix Paczauer ... 257
Eine schnelle und erfolgreiche Behandlung der chronischen Beingeschwüre, von Ohmann-Dumesnil ... 257
Die Behandlung der chronischen Unterschenkelgeschwüre, von A. Koehler ... 257
Die Behandlung der Hämorrhoiden, von J. Boas und F. Karewski ... 258
Eine Übersicht über die verschiedenen Hämorrhoidaloperationen: die beste Operation, von J. Coplin Stinson ... 259
Die Behandlung der Hämorrhoiden mittelst Karbol-Cocaininjektionen, von S. G. Schalita ... 259
Die Behandlung der nach Allgemeinerkrankungen auftretenden Alopecien, von Brocq ... 260
Ergrauen der Haare infolge von Aufregung, von Boissier ... 260
Fall von Vitiligo, von F. Epstein ... 260
Ein Fall von Myxödem im früheren Kindesalter, von N. S. Korssakow ... 261
Die frühzeitige Diagnose des Myxödems, von C. W. Chapman ... 261
Ein Beitrag zur Therapie des Lupus erythematosus, von J. Bukovsky ... 261
Fall von Lupus erythematosus, von Chotzen ... 262
Ein Fall von Lupus erythematosus, behandelt nach Joseph Schütz, von J. Liberson 262
Ein Fall von Hypotrichosis (Alopecia congenita), von Felix Pincus ... 297
Lichen atrophicus und Vitiligo, von W. Orbach ... 299
Über die Beziehungen des Lupus erythematosus zur Tuberkulose, von Friedrich Roth ... 300
Lupus erythematodes acutus, von Heller ... 324
Idiopathische Hautatrophie, von Bruhns ... 324
Atrophia cutis idiopathica, von Heller ... 325
Die Behandlung des Unterschenkelgeschwürs mit Crurin, von Max Joseph ... 328
Die Behandlung der Beingeschwüre mit Pyocyaneustoxinen, von Laroslav Bukovsky ... 388
Lichen atrophicus und Vitiligo, von Orback ... 391
Behandlung von Geschwüren, von Kennedy ... 393
Über die Beziehungen des Lupus erythematosus zur Tuberkulose, von Friedrich Roth ... 433
Lupus erythematodes mit multipler Carcinombildung, von Karl Kreibich ... 518
Über die Beziehungen des Lupus erythematosus zur Tuberkulose, von Friedrich Roth ... 520
Ulcus simplex auf Blutegelstichen, von Sarda ... 525
Oligotrichosis oder Alopecia intermittens, von Ledermann ... 567
Sklerodermie, von Buschke ... 568
Über Atrophia idiopathica diffusa progressiva cutis im Gegensatze zur senilen Atrophie der Haut, von Alfred Huber ... 573
Über Hämorrhoiden, von William J. Doyle ... 594
Radikalbehandlung von Hämorrhoiden ohne Allgemeinnarkose, von Marion Dunagan ... 595
Hämorrhoidalknoten im frühesten Kindesalter, von Burwinkel ... 595
Beitrag zur Anatomie der Varicen der unteren Extremität. Über die Lokalisation der sackartigen Erweiterungen der Vena saphena magna, von Z. Slavinski 595
Über Bakteriotherapie der Schenkelgeschwüre, von Ivan Honl ... 595
Die Behandlung des chronischen Unterschenkelgeschwüres, von Hans Baaz ... 596
Nitroglycerin bei Xerodermia, von B. Basket ... 596
Eine neue Behandlung der Kahlheit ... 596
Haarschwund und Kahlköpfigkeit ... 597
Trichorrhexis nodosa, von K. Millard ... 597
Beitrag zur pathologischen Anatomie des Xeroderma pigmentosum, von Wesolowski ... 597
Ausgedehnter Lupus erythematosus, von Whitfield ... 597
Lupus erythematosus, von J. N. Bloom ... 598
Über retikuläre Atrophie der Fascien und Sehnenscheiden (und über lepröse Perimyositis), von v. Recklinghausen ... 598

Seite

Skleroderma mit Attacken von lokaler Synkope, von Herringham 599
Sclerema neonatorum oedematosum im Zusammenhang mit ausgedehnter Lungenblutung, von Jos. Esser 599
Myxödem, behandelt mit Kolloidsubstanz, von Robert Buchanan..... 600. 600
Klinischer Bericht über einen Fall von Myxödem, von H. Beates jr..... 600

Idioneurosen.

Pruritus cutaneus, von Besnier..... 46
Darminfektion gegen allgemeinen Pruritus der alten Leute, von Parisot..... 47
Die gute Wirkung der Milchsäure bei einigen pruriginösen Affektionen, von du Castel 47
Der Pruritus und die Trichotillomanie bei der progressiven Paralyse, von Féré. 601
Über Pruritus ani, von J. P. Tuttle 601

Sekretionsanomalien.

Formalinbehandlung der Hyperidrosis pedum, von F. Gehrig..... 48
Die Behandlung der Hyperidrosis, von Weber..... 48
Die Behandlung des Schweifsfufses, von Adler 263

Saprophyten und Fremdkörper.

Demodex s. Acarus folliculorum und seine Beziehungen zur Lidrandentzündung, von K. Joers 49
Ein Beitrag zur Lehre von der multiplen Cysticerkose, von Adolf Posselt.... 49
Ein Fall von Oestrus hominis, von M. Herzog..... 49
Über Argyrose, von M. Menzel..... 49
Subcutanes Emphysem, entstanden während des Erbrechens, von A. W. Dunning 263
Ikterusepidemie bei Kindern, von Fringuet..... 263
Der Bacillus icteroides als Ursache des gelben Fiebers, von George M. Sternberg 263
Ein neues Dokument zur Geschichte und Verbreitung des Guineawurmes (Filaria medinensis) im Altertum, von I. Bloch..... 264
Über Ätiologie und Pathogenese der Kedanikrankheit, von Keikuski Tanaka. 306
Vom Tier auf den Menschen übertragene Scabies, von Bruhns 325
Tierscabies, von Saalfeld..... 326
Phthirii pubis auf dem behaarten Kopf, von Waldeyer..... 326
Bemerkungen über Insekten und andere Hautparasiten, von Hutchinson. 361. 441
Die erfolgreiche Entfernung von Tättowierungen, von Ohmann-Dumesnil... 601
Neuer Fall von Filaria Loa, von R. Blanchard..... 602
Bemerkungen über den Guinea-Wurm, von V. Haringtón..... 602

Mifsbildungen.

Behaarungsanomalie, von Rost..... 50
Ein seltener Fall von angeborenem multiplen Naevus pigmentosus, von Burnside Foster 50
Über Depilation mit Röntgenstrahlen, von A. Havas..... 51
Ein Fall von kongenitalen Hautdefekten, von Csatkai 51
Der Einfluſs von Mifsbildungen und Störungen der Genitalien der Frau auf deren Geschlechtstrieb, von Bacon..... 162
Einige Fälle von bilateralem Naevus linearis, von J. Dyer..... 163
Multiple Naevi, von T. V. Jackson..... 307
Naevus varicosus osteo-hypertrophicus, von M. Klippel und P. Trenaunay... 602

Seite

III. Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

a. Penis, Urethra, Blase.

Die Salicylsulfosäure als Eiweifsagens, von Mankiewicz 81
Neue Katheterbüchse, von Oscar Ehrmannn 81
Behandlung der septischen Infektion des Harntraktus, von David Newman ... 82
Ein Fall von Hermaphroditismus, von Martinet 83
Praeputium, von Englisch 84
Eine überzählige Glans penis, von Fowker 87
Ein Fall von „Plaque indurée“ am Penis, von Posner 87
Fibromyoma des Penis, von Haslam 87
Anweisung zum Selbstkatheterismus, von Goldberg 87
Zur Frage der Katheterdesinfektion, von Huldschiner 87
Ein verbessertes Urethroskop, von Ferd. C. Valentine 88
Zur Technik der örtlichen Harnröhrenbehandlung mit Flüssigkeiten, von B. Goldberg 88
Zur Tamponade der Urethra, von S. Kofmann 88
Komplete Zerreifsung der Harnröhre, von Arthur Stern 89
Tod durch Blutvergiftung infolge Harnröhrenzerreifsung 89
Ruptur der Urethra, von Alexander 89
Über ausdrückbare Blase, von Georg Kampsammer 89
Fall von intraperitonealer Ruptur der Blase mit spontaner Heilung, von Baroni 90
Über das Verhalten bei Urinstagnation mit Ausdehnung der Blase, von Bazy .. 90
Fremdkörper in der Blase von Männern, von Rudolf Trzebicky 90
Symptome und Diagnose der Blasensteine bei Kindern, von Jubainville 90
Zur Methode der Harnblasenplastik, von Max Rutkowski 91
Zur Blasendrainage, von O. Zuckerkandl 91
Über einen Fall von Invagination der Harnblase in den rechten Ureter, von Carrel 91
Über Cystostomia suprapubica, von Poncet 91
Ein Fall von Kontusion der Harnblase, von Zuckerkandl 141
Beiträge zur Blasenphotographie, von Berger 160
Cystitis, von Henry Dowd 162
Zur Blasenspülung, von Roerig 216
Grenzen der progressiven Dilatation bei der Behandlung der Harnröhrenverengerungen. — Ausgezeichnete Wirkung der Methode der starken Dilatationen in schwierigen und hartnäckigen Fällen, von Guiard 219
Larvierte Formen der chirurgischen Krankheiten des Harnapparates, von Guyon 220
Akute Vergiftung nach Ausspülung der Urethra mit einer Lösung von Quecksilbercyanür, von Sarda 221
Aufserordentliche Entwickelung der Genitalorgane bei einem Fötus männlichen Geschlechts, von R. G. Worger 307
Ein Fall von Mifsbildung der Geschlechtsteile mit schwieriger Festellung des Geschlechts, von E. Bellin 307
Ein angeblicher Androgyne in einer Anstaltsabteilung für Frauen, von Ricoux und Audry 308
Zur Kasuistik der sexuellen Perversion, von Rosenbach 308
Genitale Störungen, von Ohmann-Dumesnil 308
Die Asepsis in der urologischen Praxis, von Engelmann 309
Über Asepsis der Harnröhre, von Ludwig Weiss 309
Über die Asepsis des Katheterismus, von Berthold Goldberg 309
Zur Katheterdesinfektion, von Richard Huldschiner 310
Krebs des Penis und Abscefs der Prostata, von E. Loumeau 310
Zur Frage der Tysonschen Drüsen, von Tandler 310
Zur operativen Behandlung der Eichelhypospadie, von Watten 310
Periurethritis infectiosa, von Jos. Englisch 310
Über einen Fall von Infektion der hinteren Harnröhre und der Prostata, hervorgerufen durch eine besondere Mikroorganismenform, von Paul Noguès und Melville Wassermann 311
Plastische Behandlung von Urethro-perineoscrotalfisteln, von E. H. Fenwick ... 311
Cystitis, deren Ursache und Behandlung, von George T. Howland 311
Die Cystitiden, von J. Verhoogen 312

Seite

Der Canadabalsam in der Therapie des Blasenkatarrhs, von Mensard 312
Spastischer Verschluſs der Speiseröhre als Symptom von Harnröhreninfektion, von Grosglik 328
Zur Nachbehandlung der Lithotripsie, von S. Grosglik 228
Ein neues Meatotom, von Bierhoff 329
Das Bacterium coli bei der Cystitis des Menschen, von Bosellini 329
Dauerspülung der Blase nach Cystotomia suprapubica, von Fort 334
Die Harnblasenwaschungen und ihre Beziehung zur Absorption, von Barbiani. 334
Tuberkulöse Blase, wesentliche Besserung durch hydraulische Erweiterung, von W. H. Battle 335
Drainage der Blase durch einen Katheter in der Harnröhre, von Cabot 335
Nochmals zur Frage der Harnblasendrainage, von Kaczkowski 335
Experimentelle Studien über den Reflexmechanismus der Harnblase, von Alfons Hanc 335
Ein Fall von rechtsseitiger Verlagerung der Blase mit Darmobstruktion, von C. Carr 336
Über einen Fall von sekundärer Hydronephrose infolge von Blasenpapillom, von Krahn 336
Ursachen der Retentio urinae beim Manne und ihre Behandlung, von Horwitz 337
Über zwei Fälle von Blasentumoren mit Beseitigung durch den Bauchschnitt, von Loumeau 337
Ein merkwürdiger Fall von Incontinentia urinae während des Beischlafs, von Farez 337
Antinosin bei der Behandlung von Enuresis, Cystitis und Urethritis, von R. F. Amyx 337
Ein Fall von juxta-urethraler kongenitaler Fistel des Orificium urethrae externum, von Toubert 436
Kystophotographie nach Nitze, von Weinrich 425
Die Ätiologie der infektiösen Cystitis, von Calcar 436
Phimose bei Neugeborenen, von Bartholomew 437
Neues cystoskopisches Instrumentarium, von Kollmann und Wossidlo 483
Cystoskope mit Desinfektionshülse, von Kollmann und Wossidlo 483
Zur Vereinfachung der Cystoskopie, von Felix Schlagintweit 483
Zur Technik der operativen Behandlung der Harnröhrenstrikturen, von F. Kreissl 485
Das Urethroskop in der Behandlung der Strikturen, von Henry Koch 526
Ein Fall von Cystitis bei einem zweijährigen Kinde, von Jacob Halpern 574
Über die Zulänglichkeit der Beleuchtung bei verschiedenen Urethroskopen, von J. Kiss 576
Eine neue urethrale Instillationsspritze, von Angus Mc Lean 581

b. Hoden.

Über ein neues Suspensorium, von Sarason 92
Über den therapeutischen Wert des Guajakols bei der Epididymitis, von Clifford-Perry 92
Therapie der Schlafpollutionen, Spermatorrhoe und einiger Prostataaffektionen mittelst Faradisierung der Prostata, von Moritz Popper 92
Behandlung der Hydrocele durch Eversion der Tunica vaginalis, von E. Juvara 93
Die Varicocele als Teilerscheinung bei Nierentumoren, von Hauser 93
Eine neue Operationsmethode der Varicocele, von Parona 93
Die teratoiden Tumoren des Hodens, von Garbarini 93
Tumor des Samenstranges, von Marnoch 94
Behandlung der Hodentuberkulose, von Tuffier 94
Hodentuberkulose, von Routier 94
Behandlung der Tuberkulose des Hodens, von Delbet 95
Behandlungen der Ektopie der Hoden, von Broca 95
Chirurgische Gesichtspunkte für eine Operation der Samenbläschen, von P. R. Bolton 166
Ein Fall von Kastration mit negativem Erfolge, von E. L. Keyes jun 167
Ein gänseeigroſser Stein in einem Vaginalsacke beim Manne, von Kapsammer 218
Über Retention der Hoden mit Anführung von Fällen, von Hill 338
Ein Fall von Thrombophlebitis des Samenstranges, behandelt mit Phlebektomie, von Longuet 338

Seite
Die Varicocele und ihre Behandlung, von Tuffier 389
Die Epididymo-Funiculectomie und ihre Bedeutung in der Therapie der Hodentuberkulose, von Platon 339
Einige Beobachtungen über Geschichte, Psychologie und Therapie der Impotenz, von Remondino 393
Über die Behandlung der Impotentia virilis, von Zabludowski 436
Einige Beobachtungen über Enthaltsamkeit als Faktor bei Gesundheit und Krankheit, von Remondino 437
Einige Beobachtungen über die gewöhnlichsten Formen der Impotenz, von Chipmann 437
Zur Therapie der Impotentia virilis, von J. Zabludowski 484. 530

c. Prostata.

Bemerkungen über die Verbindungen der Lymphgefäße der Prostata mit denen der Blase, von Hermann Stahr 95
Primäre bösartige Erkrankung der Prostata, eine klinische Studie über die ersten 50 Fälle, die Verfasser beobachtet und behandelt hat, von Hurry Fenwick 95
Über einige Varietäten der Struktur bei Prostatahypertrophie und deren Behandlung, von R. Harrison 96
Die Bottinische Operation bei der Behandlung der Prostatahypertrophie, von Stockmann 96
Die Behandlung der chronischen Prostatahypertrophie, von James H. Nicoll.. 96
Ein modifizierter „Cauterisator prostatae" zur Bottinischen Operation, von A. Freudenberg 96
Einseitige Kastration wegen Prostatahypertrophie bei einem 87jährigen Manne; Atrophie der Prostata, von H. W. Webber und H. A. Daffet 97
Über die Wahl der Instrumente beim Katheterismus der Prostatiker, von Guyon 97
Zur Behandlung der Prostatahypertrophie, von Reinhard Rörig und Fritz Rörig 141
Über Prostataverletzungen durch Unfall, von Oberländer 215
Sclerosis vesico-prostatica im Gefolge einer Influenzapneumonie, von Panaghiz N. Divaris 219
Über Prostataverletzungen durch Unfall, von Oberlaender 328
Über primäre Prostatatuberkulose, von G. Kapsammer 340
Zur Kasuistik der Prostataverletzungen, von Oberländer 340
Hypertrophie der Prostata und Lithiasis der Blase und der Nieren, von Stubenrauch 341
Ein Fall von Resektion der Prostata, von Desnos 341
Bottinis Operation und andere Behandlungsmethoden der vergrößerten Prostata, von Robert Newman 341
Suprapubicale Prostatektomie, von J. W. Smith 342
Behandlung der Prostataeiterungen mit Punktion durch die Rektalwand und nachfolgenden antiseptischen Spülungen, von Guiard 436
Die operative Behandlung der Prostatahypertrophie, von Young 437
Incisionscystoskop zur Ausführung der Bottinischen Operation bei Prostatahypertrophie unter Kontrolle des Auges, von H. Wossidlo 483
Über Prostatitis und Vesiculitis seminalis, von Ch. H. Chetwood 528

d. Nieren, Ureteren, Harn.

Hydronephrose mit Vorlagerung in die Fossa iliaca und Knickung des Ureters. Schwere Störungen der Urinsekretion. Nephrektomie. Heilung, von Schwartz 97
Über Urinretention, von Ramon Guiteras 98
Über Steine im Ureter und deren Entfernung durch den hohen Blasenschnitt, von S. Bishop 99
Zur Diagnose der Urämie und der Albuminurie bei Diabetes mellitus, von Herzog 99
Beitrag zur Bakteriurie, von A. Seelig 99
Familiäre Cystinurie, von J. Cohn 100
Hartnäckige Hämaturie während der Schwangerschaft, von Byod 100
Die Behandlung von Hämaturie mit Canthariden, von A. S. Goff 100
Diabetes mellitus und seine Behandlung, von Reed 163

Seite
Studie über die Cystinurie, von Moreigne ... 219
Die Uretero-Cysto-Neostomie, von Boari ... 220
Über die anatomischen Veränderungen der Nieren nach therapeutischen Quecksilberdosen, von Gravagna ... 329
Quantitative Eiweifsbestimmung im Urin, von Ch. W. Puren ... 341
Einige Beobachtungen an einem Fall von Albuminurie, von Kennedy ... 342
Chylurie, von Reich ... 343
Über Malaria haemoglobinuria, von E. E. Feild ... 343
Essentielle Hämaturie, von Malherbe und Legueu ... 344
Ein Fall von Hämaturie infolge von beweglicher Niere, von W. Cheyne ... 344
Zur Behandlung der Phosphaturie, von G. Klemperer ... 344
Über Neueinpflanzungen des Ureters in die Blase auf abdominalem Wege zur Heilung von Uretercervikalfisteln, von Amann ... 345
Katheterisation des gesunden Ureters durch eine infizierte Region, von H. Lilienthal ... 529
Unvollständige oder fehlende Harnsekretion in Verbindung mit gewissen Hautkrankheiten, von L. Duncan Bulkley ... 529
Weitere Beobachtungen über den Katheterismus der Ureteren, von M. Krebs .. 575

c. Weibliche Genitalien.

Über das chronische, nicht spezifische Ulcus der Vulva, von Fiocci und Levi. 331
Fall von Urethroplastik und Verschliefsung des Scheideneinganges bei einem Individuum mit perinealer Hypospadie, Kryptorchidie und rudimentärer Vagina bifida, von Castellano ... 346
Ein Fall von Hydrocele muliebris, von L. P. Alexandrow ... 346
Ein Fall von Papillom der Urethra bei einem Mädchen, von Caprariis ... 345
Elephantiasis der Vulva, von Lloyd Roberts ... 345
Einiges über die Bartholinitis, von G. Hügel ... 432
Die Immunität der Vagina gegenüber den venerischen und syphilitischen Affektionen, von G. Barbiani ... 530
Klinische und bakteriologische Betrachtungen über den Abscefs der Bartholinischen Drüsen, von d'Amato ... 581

f. Blennorrhoe und Komplikationen.

Blennorrhoische Handgelenksentzündung, von Blaschko ... 75
Über die Behandlung einiger Fälle von Augenblennorrhoe mit Largin, von Johan Almkvist ... 79
Die Schnellfärbung des Neisserschen Diplococcus in frischen nicht fixierten Präparaten, von Uhma ... 80
Hundert Fälle von Urethritis blennorrhoica anterior acuta mit Protargol als Aborticum behandelt, von Assar Ahlstroem ... 80
Beitrag zum Studium des Gonococcus, von Cantani ... 141
Ein weiterer Beitrag zur Biologie des Gonococcus und zur pathologischen Anatomie des blennorrhoischen Prozesses, von A. Ghon und F. Schlagenhaufer ... 141
Ein Fall von Latenz der blennorrhoischen Infektion, von R. M. Murray ... 142
Ein Fall von periartikulärem Abscefs mit Gonokokkenbefund, von R. Faltin ... 142
Verlust eines Auges durch eine Tripperinfektion, die wahrscheinlich durch einen Fliegenstich hervorgerufen wurde. Kein Betriebsunfall ... 142
Blennorrhoische Sehnenscheidenentzündung, von Wetzel ... 143
Zur Behandlung der Blennorrhoe mit medikamentösen Stäbchen, von Th. L. ... 143
Kalomelbehandlung des Augentrippers, von Poukaloff ... 144
Das Protargol bei der Behandlung der Blennorrhoe, von Panichi ... 144
Über die Wirksamkeit des Protargols in einem Falle von Blennorrhoe beim Erwachsenen, von H. Weber ... 144
Protargol beim Tripper, von Kleinmann ... 144
Rationelle Behandlung des chronischen Trippers, von Blaine ... 162
Über den Wert des Largins als Mittel gegen die Blennorrhoe, von Allgeyer .. 330
Beitrag zur Pathogenese und Therapie der periurethralen Adenitiden und Abscesse bei Blennorrhoe, von Reale ... 330
Über Pikrinsäureinstillationen bei der chronischen Urethritis ... 332
Blennorrhoe und Ehekonsens, von A. Neisser ... 346

Seite
Die Urethritis der kleinen Knaben, von Bogdan und Imerwol 347
Über einen Fall von Tripperinfektion trotz prophylaktischer Instillation einer 2prozentigen Argentum-nitricum-Lösung, von R. Kaufmann 347
Zur Prophylaxe des Trippers, von A. Schuftan. Erwiderung, von Ernst R. W. Frank 347
Zur Kasuistik der Tripperprophylaxe, von L. Caro 347
Über die spinalen Komplikationen der Blennorrhoe, von Kalindero 347
Zur Pathogenese der allgemeinen Komplikationen der Blennorrhoe, von Sorrentino 348
Über Muskelerkrankungen bei Harnröhrentripper, von Eichhorst 348
Chirurgische Behandlung der Arthritis blennorrhoica, von J. O'Conor 348
Ein Fall von Arthritis blennorrhoica beim Neugeborenen, von A. Sokolow 348
Ein Fall von Gonitis blennorrhoica bei einem Mädchen, von P. P. Michailow. 349
Über Gelenkaffektionen bei Blennorrhoe, von B. G. A. Moynihan 349
Über die ambulante Behandlung der blennorrhoischen Nebenhodenentzündung, von O. Werler 350
Das salicylsaure Natron bei der Behandlung der blennorrhoischen Hodenentzündung, von Romme 350
Über die antiparasitären Heilmethoden der Harnröhrenblennorrhoe, von Hugo Feleki 350
Die Behandlung der akuten Blennorrhoe, von Ledermann 350
Zur kausalen Therapie der Blennorrhoe, von Nobl 351
Die innere Medikation bei Blennorrhoe und deren Folgezuständen mit besonderer Berücksichtigung des „Gonorol", von A. Steche 351
Die Behandlung des blennorrhoischen Cervixkatarrhs auf Grundlage des Antagonismus der Mikroorganismen nach der Landauschen Methode, von Gustav Feigl 351
Technischer Beitrag zur Irrigationsbehandlung der Harnröhrenerkrankung, von G. Nobl 352
Was und wie soll man bei Blennorrhoe injizieren? von Ludwig Weifs 352
Solutio Korestoli Rosenberg, von Joseph Rosenberg 352
Studie zur inneren Anwendung des Protargols, von Ruhemann 353
Beobachtungen über die Wirkung des Protargols beim Tripper des Mannes, von Tipzeff 353
Blennorrhoische Erkrankung und Heirat, von Ignasio Callari 391
Behandlung der chronischen Blennorrhoe, von Martin 393
Gonokokkenfärbung, von Paul Richter 426
Ein Beitrag zur Frage der Inkubationsdauer beim Tripper, von Dreyer 484
Die Ätiologie und rationelle Behandlung der urethralen Arthritis und der verwandten Affektionen, von A. M. Forbes 526
Eine ungewöhnliche Komplikation von subakuter Blennorrhoe, von J. H. Dowd 526

Verschiedenes.

Zur Sterilisation von Bürsten, Kämmen, Scheren, Rasiermessern u. s. w. in den Barbierstuben, von J. Sabrazès 21
Die rotbraune Färbung der weifsen Wäsche bei der Anwendung von Chrysarobin 52
Hauttransplantation durch getrocknete Epidermisschuppen, von Wiggins 52
Neurektomie zur Verhütung der Onanie, von A. C. Clark und H. E. Clark ... 52
Unnas Preisarbeit 152
Eine neue Methode der Hautverflanzung, von T. H. Kellock 152
Dr. Unnas Preisaufgabe für 1900 200
Taillensuspensorium, von Loeb 264
IV. Internationaler dermatologischer Kongrefs, Paris 1900 ..... 360. 603
72. Versammlung der deutschen Naturforscher und Ärzte 407
Kölnische Unfall-Versicherungs-Aktiengesellschaft 407
Entwickelung und Stand der Händedesinfektion, von Fürbringer 408
Anwesenheit von Arsenik im normalen Organismus, von Gautier 408
Fragestellung und Untersuchung bei Geschlechtskranken, von Queyrat 408

Seite

Ein Pulverstreuer, von Georg Lustig 503
Der elektrische Mikroheifsluftkauter, von E. Hollaender 503
Die Stellung der Krankenpflege zur Masturbation, von Rohleder..... 503
Experimentaluntersuchung über Händedesinfektion, von Paul und Lawrey 504
Beitrag zur Indikation der Überpflanzung ungestielter Hautlappen, von Reuter 504
Haarfärbemittel 504
Der Fall Neisser, von v. Düring..... 556
Über den Nachweis von Arsen auf biologischem Wege in den Hautschuppen, Haaren, Schweifs und Urin, von W. Scholtz 556
Auskunftstelle für alle auf die Anwendung der Röntgenstrahlen sich beziehenden Angelegenheiten..... 603

IV. Sachverzeichnis..... 605
V. Namenverzeichnis..... 623

VI. Verzeichnis der Abbildungen.

Zu S.

Die jungen Plasmazellen oder Lymphocyten bei der chronischen Entzündung, von H. Herbert (Tafel I) 313
Über die epitheliale Natur der Naevuszellen, von Ch. Audry (Tafel II)..... 409
Über einige Einzelheiten der Struktur des syphilitischen Hodens, von Ch. Audry (Tafel III)..... 505
Ein seltener Fall von Hyperkeratose, von Buri (Tafel IV)..... 557

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XXX. No. 1. 1. Januar 1900.

Kühlpasten.

Von

P. G. Unna.

Es ist 16 Jahre her, dafs ich in dieser Zeitschrift das Prinzip der Kühlsalben im Gegensatz zu den damals noch viel ausschliefslicher als heute gebrauchten Fettsalben erörterte. Inzwischen haben sich die von Lassar und mir 1882 unter dem Namen „Pasten“ eingeführten Mischungen von Fetten mit Pudern mehr und mehr in der täglichen Praxis des Arztes eingebürgert, sodafs sie als Vehikel heutzutage ungefähr die Rolle spielen wie zu jener Zeit die Fettsalben. Es ist aber ein sehr naheliegender Gedanke, auch den Pasten für gewisse Fälle dieselbe Modifikation angedeihen zu lassen, die sich bei den Fettsalben bewährt hat, mit anderen Worten: für derartige geeignete Fälle an die Stelle von Pasten Kühlpasten zu setzen. Dazu haben wir nur nötig, den Pasten einen möglichst hohen Wassergehalt zu geben, der auf der Haut spontan verdunsten und kühlend wirken kann.

Die erste technische Frage, die sich hierbei aufwirft, ist die, ob der Pudergehalt der Pasten nicht schon allein die notwendige Vermittelung zwischen dem Fett und dem zuzusetzenden Wasser übernehmen kann, wie das Wachs oder Adeps lanae bei den Kühlsalben. Es liefse sich ja denken, dafs ein Teil des Puders (Kieselgur, Bolus, Magnesia carbonica, Talcum, Mehl) mit Wasser, ein anderer Teil mit Fett abgesättigt werden könnte und es käme dann nur auf die empirisch festzustellende Reihenfolge der zum Teil disparaten Komponenten an, ob eine Kühlpaste wirklich daraus entstehen würde oder nicht. Um diese Frage zu entscheiden, mufs man natürlich vollkommen von solchen Fettmischungen (Adeps lanae + Glycerinfett, Wachs + Glycerinfett) absehen, die an und für sich mit Wasser mischbar sind. Denn dafs derartige, wirkliche Kühlsalben einen Puderzusatz vertragen und sich damit in recht gute Kühlpasten verwandeln lassen, ist eine schon längst von mir erprobte und eigentlich selbstverständliche Thatsache. Eine solche gute Kühlpaste ist z. B. die

seit langer Zeit in meiner Poliklinik gebräuchliche Form der Zinkoxyd-Schwefel-Kieselgurpaste:

Zinci oxydati	15	*Adipis lan.*	20
Sulfuris	15	*Ol. raparum*	10
Terr. siliceae	10	*Aq. destill.*	30.

M. f. pasta.

Hierin ist der Billigkeit wegen das benzoinierte Fett der ursprünglichen Vorschrift durch eine Mischung von Wollfett, Rüböl und Wasser ersetzt worden, wodurch aufser dem stark austrocknenden Effekt noch eine kühlende Nebenwirkung erzielt wird, die bei dem hierbei in Betracht kommenden Hauptmaterial der ekzematösen Kinderköpfe gut zu statten kommt.

Ebenso kann man natürlich dem alten Coldcream (Ung. leniens) Puder in ziemlicher Menge zusetzen und dadurch sehr einfach zu verschreibende Kühlpasten gewinnen, die dieselben Indikationen wie Coldcream auf fettreicher Haut besitzen, z. B.:

Ung. lenientis	10,0	oder	*Ung. lenientis*	10,0
Magnes. carbon.	2,5		*Amyli*	5,0
M.			M.	

Die aus Kühlsalben durch Puderzusatz (20—25%) hergestellten Kühlpasten bilden mithin eine erste Gattung derselben, die weiter keiner Erläuterung oder Indikationsstellung bedarf. Es ist nur einigermafsen befremdend, dafs bisher von diesen sehr praktischen Verschreibungen ein so sporadischer Gebrauch gemacht ist.

Um nun aber in der That zu erfahren, ob der Puderzusatz an und für sich geeignet ist, die vermittelnde Basis für Kühlpasten abzugeben, habe ich Vaseline und Wasser durch unsere am stärksten aufsaugenden Puder: Kieselgur und Magnesia carbonica zu Kühlpasten zu verbinden gesucht. Es gelang vollkommen und zwar bedarf man auf je 2 Teile Vaselin und Wasser nur 1 Teil Puder, sodafs die entstehende Kühlpaste:

℞	*Magnes. carbon.*	2,5
	Aquae dest.	5,0
	M. adde:	
	Vaselin	5,0

20% Wasser enthält und sich sehr feucht und kühl anfühlt. Die entsprechende Kieselgur-Kühlpaste verhält sich ebenso, ist aber, weil grobkörniger, weniger empfehlenswert. Diese einfachsten Kühlpasten werden so hergestellt, dafs zuerst der Puder mit dem Wasser zu einem feuchten Brei verrieben, sodann Vaselin hinzugesetzt wird. Verfährt man umgekehrt und mischt erst Vaselin mit dem Puder, so wird die ebenfalls entstehende Kühlpaste nicht so gut; die Mischung ist unvollkommen, man sieht mit bloſsem Auge kleine Wassertröpfchen. Wenn es auf diese

Weise gelingt, Vaselin und Wasser dauernd zu mischen, so ist es klar, dafs damit die Möglichkeit einer grofsen Reihe einfacher und guter Kühlpasten gegeben ist, also einer zweiten Gattung von Kühlpasten, die naturgemäfs mehr Wasser enthalten, als die aus Kühlsalben hergestellten der ersten Gattung. Man kann das Wasser durch Blei- oder Kalkwasser, das Vaselin durch Glycerinfette ersetzen, wird aber gut thun als vermittelnde Basis Magnesia carbonica beizubehalten.

Es giebt aber noch eine dritte Gattung von Kühlpasten und diese ist es, die ich seit vielen Jahren am meisten, ja fast ausschliefslich angewandt habe. Sie baut sich auf dem bekannten Leinöl-Kalkwasser-Liniment auf, dem durch starken Zusatz von Zinkoxyd und Kreide die Konsistenz einer weichen Kühlpaste gegeben ist. In derselben ist — wie in der Gruppe von Kühlpasten auf der Basis von Kühlsalben — die Mischung von Fett und Wasser bereits gegeben, wenn der Puderzusatz gemacht wird. Im Laufe der Zeit sind verschiedene Formeln, die alle brauchbar sind, für diese sog. Pasta Zinci mollis angegeben:

	I	II	III
Ol. lini	20	25	20
Aq. calcis	20	25	20
Zinci oxydati	30	25	40
Cretae prop.	30	25	20

Die Formel I war meine ursprüngliche Vorschrift, No. II wurde von Mielck etwas später gegeben,[1] No. III ist eine Vorschrift meiner Poliklinik, die in einem Artikel „Über Hand- und Fingerekzem in der Armenpraxis“,[2] veröffentlicht wurde. Sie unterscheiden sich nur in der Konsistenz; No. II ist die weichste, No. III die wenigst weiche, während No. I die Mitte hält und auch wohl die durchschnittlich brauchbarste Formel sein dürfte.

Die Natur der Kalkwasser-Leinöl-Grundlage dieser Kühlpaste bringt es mit sich, dafs Zusätze nur in beschränktem Umfange möglich sind. Insbesondere sind alle Säuren, Phenole und Salze, da sie die Kalkwasser-Leinöl-Emulsion aufheben, als Zusätze ausgeschlossen, also: Essigsäure, Salicylsäure, Kieselsäure (Terra silicea), Liantral, Pyrogallol, Karbolsäure, Resorcin, die ichthyolsulfosauren Salze. Sublimat kann höchstens bis 1‰ zugesetzt werden. Auch ein Zusatz von Amylum hebt die Emulsion zwischen Wasser und Fett auf und entmischt die Kühlpaste.

Es vertragen sich dagegen mit der Pasta Zinci mollis: Schwefel (10%), Chrysarobin (10%), Perubalsam (10%), Ol. Cadinum (5%),

---

[1] Vorschriften aus der Unnaschen Klinik. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1890. Bd. X, No. 1.

[2] *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1894. Bd. XIX, pag. 631.

Pix liquida (10%), Extr. Cannabis (5%), Extr. Opii (6%), Menthol (2%), p. Aq. amygdal. amarar. (10%), Cocainum basicum (0,5—1%) und andere Alkaloide.

Eine sehr gute Konsistenz und weite Anwendungsfähigkeit besitzt eine Mischung der Pasta Zinci mollis mit meiner Pasta Zinci sulfurata zu gleichen Teilen; dieselbe ist nämlich merkwürdigerweise etwa die von Coldcream, während eine Mischung von Pasta Zinci mollis mit Coldcream eine festere Konsistenz als Coldcream aufweist.

Wenden wir uns nun zur therapeutischen Anwendung der Kühlpasten, so liegt eine langjährige Erfahrung bisher nur für die Pasta Zinci mollis vor. Wenn für alle Kühlpasten die allgemeine Indikation gilt, dafs sie ihre Anwendung finden, wo gleichzeitig gekühlt und getrocknet werden soll, also auf hyperämischen, secernierenden Flächen, so hat sich die Pasta Zinci mollis insbesondere im Gegensatz zur Pasta Zinci sulfurata, welche maximal eintrocknet, aber auch nur eintrocknet, für alle solche Fälle am meisten bewährt, in denen wir vor die Aufgabe gestellt werden, rasch eine sehr stark gereizte, feuchte, hyperämische, ödematöse und schmerzende Haut annähernd zur Norm zurück zu bringen. Dahin gehören vor allem ausgebreitete Genital- und Genitocruralekzeme, universelle nässende Ekzeme, Verbrennungen zweiten Grades und dann das Heer der artifiziellen Dermatitiden, sei es nach dem Gebrauch von Jodoform, Sublimat oder Karbolsäure bei Individuen, die für diese Stoffe mit einer Idiosynkrasie behaftet sind, sei es bei Ekzemen, welche durch übermäfsige Behandlung mit reizenden Medikamenten, durch Kälteeinwirkung oder Ähnliches mit einer artifiziellen Dermatitis kompliziert worden sind (viele Fälle von Hebras sog. akutem Ekzem). In allen diesen ernsten und für den Patienten sehr peinlichen Zuständen ist unsere erste Pflicht, die hochgradig entzündete Haut zur Ruhe zu bringen und das Fortschreiten der Entzündung aufzuhalten, um dann erst die genauere Indikation nach dem sich ergebenden einfacheren Krankheitsbilde zu stellen. Besser und rascher als die oft gerühmten kühlenden Umschläge von Bleiwasser, essigsaurer Thonerde etc., als Eisbeutel und Puderungen en masse, wirkt dann Auftragen der Pasta Zinci mollis in oft wiederholter Anwendung. Sie hemmt die Sekretion, ohne die Haut spröde zu machen, lindert die Schmerzen, beseitigt die Hyperämie und die Reibung von Hautfalten, kurz, der gequälte Patient erhält momentan Ruhe und kann beliebig oft und beliebig lange mit dieser kühlenden Applikation fortfahren. Ihre universelle Brauchbarkeit in diesen Fällen bewährt sich dann am schlagendsten, wenn wir die Ursache der vorliegenden starken Hautentzündung gar nicht mit Sicherheit bestimmen können und in der gegründeten Besorgnis, durch Applikation neuer Chemikalien die Reizung zu verschlimmern, zu den allerunschuldigsten Mafsnahmen, wie Mehl- und Eisbeutel, unsere Zuflucht nehmen zu müssen

glauben, d. h. den Patienten auf eine langsame Naturheilung vertrösten. Ich habe in mehr als zwölfjähriger Anwendung dieser Kühlpaste nicht einen Fall erlebt, wo für ihre Applikation unter solchen Umständen eine Idiosynkrasie oder sonst eine Kontraindikation bestanden hätte, bin aber stets mit der prompten entzündungswidrigen Wirkung sehr zufrieden gewesen.

Da auf dem besprochenen Gebiete die hauptsächlichste Anwendung der Pasta Zinci mollis liegt, so kann man es nicht als Nachteil derselben bezeichnen, dafs die genannten starken Säuren und Phenole nicht mit derselben mischbar sind. Denn wo eine energische Behandlung kranker Hautstellen beginnt, können wir auch die Pasta Zinci mollis bei Seite legen. Dagegen kommt es uns zu statten, dafs eine Reihe guter schmerzlindernder Mittel, wie Extr. opii, Extr. Cannabis, Cocainum basicum (Morphinum basicum etc.) und Aqua amygdal. amararum, sowie juckstillende Mittel, wie Ol. cadinum, Perubalsam, Menthol, Thymol mit der Pasta Zinci mollis gut vereinbar sind.

Immerhin sind wir nicht ganz aufser stande, schon mit der kühlenden und eintrocknenden Wirkung der Pasta Zinci mollis eine bakterientötende und stärker anämisierende gleichzeitig zu verbinden, da die Medikamente Schwefel und Chrysarobin sich derselben bis zu 10% einverleiben lassen. Man wird aber gut thun, diese stärkeren Zusätze erst später zu machen, nachdem die einfache Pasta Zinci mollis die gewünschte Anfangswirkung ausgeübt hat. Sehr bedauerlich erscheint es, dafs sowohl die Ichthyolsulfosäure wie ihre Salze die weiche Zinkpaste entmischen: aber dieser Mangel wird durch das Ichthyolsulfon[3] völlig ausgeglichen, welches eine gute Mischung mit ihr eingeht (2—5%). Wo auf derartig entzündlichen Flächen bereits Follikulitiden vorhanden oder zu erwarten sind, ist es ratsam, von vornherein zur Pasta Zinci mollis einen Zusatz von etwas Schwefel und Ichthyolsulfon (etwa je 2%) zu machen.

In dem richtigen Gebrauch der Pasta Zinci mollis haben wir mithin eine sehr wirksame Anfangsbehandlung peinlicher Entzündungszustände der Haut und eine wertvolle Hülfe in kritischen Fällen unklarer Art, wo wir rasch symptomatische Hülfe bringen müssen, ohne bereits energisch eingreifen zu dürfen. Sie repräsentiert überdies im allgemeinen einen ausgezeichneten, dritten Typus der von mir als puderhaltige Mischungen von Wasser mit Fetten definierten Kühlpasten.

---

[3] Vorrätig bei W. Mielck, Schwanapotheke, Hamburg.

Aus der dermatologisch-syphilitischen Abteilung des Prof. Dr. A. Zarewicz
im St. Lazarus-Hospital in Krakau.

Über die Behandlung des Lupus vulgaris nach der Unnaschen Methode.[1]

Von

Dr. Franz Krzyształowicz,
Sekundärarzt.

Aus dem ganzen grofsen Arsenal der Mittel und Methoden, welche man bei der Lupustherapie gebraucht, könnte man kaum einige wählen, die teilweise ihrer Aufgabe entsprechen. Das fortwährende Suchen nach immer neuen Behandlungsmethoden ist ein Beweis dafür, dafs sie ihrer Menge ungeachtet alle nur relative Bedeutung haben. Wenn auch einige von denselben hervorragende Vorzüge besitzen, lassen sie sich nur in gewissen Fällen und an gewissen Stellen anwenden, und leider besitzen wir bis jetzt gar kein einziges Mittel, welches die Krankheitsveränderungen so radikal heilt, dafs man Recidive ausschliefsen könnte.

Die gröfsten Erfolge liefsen die von den Chirurgen in die Dermatotherapie eingeführten Methoden erwarten: Exkochleation, die Verschorfung des Lupusgewebes durch den Paquelin und das Ausschneiden der veränderten Haut mit nachfolgender Transplantation nach Thiersch (Lang). Von diesen letzterwähnten Methoden giebt die letzte die gröfste Garantie, wenn man das kranke Gewebe radikal ausgeschnitten hat, und es ist dabei auch nicht zu übersehen, dafs die Behandlungsdauer durch die Transplantation verkürzt wird. Als Nachteil dieser Methode mufs erwähnt werden, dafs grofse Ausdehnung des Krankheitsprozesses, wie auch die Lokalisation die Anwendung dieser Methode sehr oft unmöglich machen; dafs es ferner schwer ist, die Sicherheit zu haben, dafs das ganze Lupusgewebe sowohl nach seiner Tiefe wie auch seiner Flächenausdehnung vollständig weggeschafft wurde, denn der Lupus erscheint nicht nur in der Form gut wahrnehmbarer Knoten und Infiltrate, sondern oft auch in Form kleiner kaum sichtbarer Herde, welche in der Umgebung des Hauptherdes sich befinden und nicht selten grofse Oberflächen einnehmen. Dieser letzte Umstand ist die Ursache, dafs das Recidiv ungeachtet des Ausschneidens der sichtbaren Veränderungen sich nicht ausschliefsen läfst. Wenn man

[1] Vortrag, gehalten im Krakauer Ärzte-Verein, nebst Krankendemonstration, am 8. November 1899.

aber auch diese in der Peripherie sich befindenden Knötchen ausschneiden wollte, so wäre sehr oft der operative Eingriff viel zu grofs im Verhältnisse zur Erkrankung selbst. Meine eigene Erfahrung in so behandelten Fällen hat mich leider belehrt, dafs die bestfundierten Hoffnungen oft täuschend waren, denn Krankheitsrecidive entstanden immer, zwar seltener an den ausgeschnittenen Stellen, vielfach aber in der Peripherie der nach Thiersch'scher Methode zugedeckten Stellen, was doch nur auf das Zurückbleiben kleiner Lupusherde zurückzuführen ist. In Anbetracht also der verschiedenen Lokalisation, besonders der grofsen Häufigkeit der Lupusaffektionen auf der Mund- und Nasenhöhlenschleimhaut, endlich in Anbetracht der oft bedeutenden Ausdehnung der Affektion, die nicht selten auch in der Form sehr kleiner, aber grofse Oberfläche einnehmender Herde auftritt, ist es klar, dafs die Anwendungsfähigkeit der Lang'schen Methode nur eine sehr beschränkte sein kann. Die Lokalisation der Krankheit ist bekanntlich sehr oft die Ursache der Entstellung auch nach anderen chirurgischen Eingriffen, denn solche Stellen des Gesichtes, wie die Spitze und Flügel der Nase, die Mundlippen, Ohren und Augenlider, Stellen, die so oft mit Lupus behaftet sind, vom Chirurgen künstlich mit Hilfe der Plastik hergestellt, gefallen gewöhnlich nur ihm selbst, selten dem Kranken, und am wenigsten der Umgebung des Kranken.

Die Behandlung mit Koch's Tuberkulin, sowohl vom Jahre 1890, wie auch mit dem vom Jahre 1897, hat uns eine grofse Enttäuschung gebracht; es ist nur die eine Lehre daraus hervorgegangen, dafs man in der Behandlung die Wirkung eines Mittels auf das Lupusgewebe von der auf die Tuberkelbacillen unterscheiden mufs.

Die neuen Lichtstrahlenmethoden lassen zur Zeit noch grofse Erfolge erwarten. Ich habe in dieser Richtung keine persönliche Erfahrung; ich meine aber nicht, dafs diese Methoden unsere Hoffnungen gänzlich erfüllen werden. Die kostbaren und zusammengesetzten Instrumente, die lange Dauer der Behandlung und die Nebenwirkung der verschiedenen Strahlen erschweren die Behandlung, überdies ist die Wirkung der Strahlen auf die tieferen Cutisschichten und Mikroorganismen bis jetzt nicht bewiesen, wenn auch dieselben auf das Lupusgewebe stark reduzierend wirken.

Deshalb habe ich, als ich während meines Aufenthaltes in Hamburg die mit Unna'schem Verfahren behandelten Fälle gesehen habe, in welchen nach einigen Jahren (4—5) kein Recidiv erschienen ist, zu dieser Methode Vertrauen gefafst. Nachdem ich nun diese Methode nach allen ihren Einzelheiten durchstudiert habe, wendete ich sie bei Kranken, welche in der Abteilung des Herrn Prof. Zarewicz in Behandlung waren, mehrmals an. Die Freundlichkeit, mit welcher mein geehrter Chef mir bei dieser Arbeit an die Hand ging, veranlafst mich, ihm an dieser Stelle meinen innigsten Dank zu sagen.

Unna stützt seine Methode[1] auf folgenden sehr rationellen Grundsatz: „Eine Radikalheilung des Lupus ohne Beseitigung der Tuberkelbacillen ist eine absolute Unmöglichkeit, mit Sicherheit mufs ein Recidiv eintreten, sowie in der anscheinend geheilten Haut Tuberkelbacillen zurückgeblieben sind.“ Deshalb ist es leicht erklärlich, warum das Kochsche Tuberkulin, welches nur auf das Lupusgewebe einwirkt, die Veränderungen zwar verhältnismäfsig schnell verschwinden läfst, niemals aber Recidive auszuschliefsen vermag.

Als Prinzip bei der Lupusbehandlung gilt also, die Verbindung eines ätzenden mit einem bacillentötenden Mittel zu schaffen. Von den ätzenden Mitteln sollen solche gewählt werden, welche elektiv wirken, d. h. solche, die hauptsächlich auf das kranke Gewebe einwirken und das gesunde nicht zerstören. Aus diesem Grunde verwirft Unna solche Ätzmittel, wie Salpeter-, Essig-, Milchsäure, ebenso die einigermafsen elektiv wirkende arsenige Säure und Pyrogallol, und hebt besonders die ideale Auslesekraft der Salicylsäure hervor. Auch die Schmerzhaftigkeit, welche dieselbe ebenso wie alle anderen Ätzmittel verursacht, kann durch Zusatz von Buchenholzteer-Kreosot bedeutend gelindert werden.

Als stark bacillentötende Mittel sind vor allem die Chlormittel zu erwähnen und zwar Sublimat, Chlorzink und Chlorantimon. Von diesen zieht er Chlorantimon vor, weil dieses in höchst konzentriertem Zustande als Liquor stibii chlorati flüssig ist, sich also am besten gebrauchen läfst.

Das ist also die Geschichte der Entstehung seiner „grünen Lupussalbe“, deren Vorschrift lautet:

Acid. salicyl.	
Liq. stib. chlor.	ää 2,0
Kreosot	
Extr. Cannab. ind.	ää 4,0
Adip. lanae	8,0.

Diese Salbe wird in dünner Lage auf die mit Lupus affizierte Haut aufgetragen und mit Zinkoxydpflastermull oder Guttaperchapapier breit bedeckt, indem man diesen Verband 24—48 Stunden liegen läfst. Die Schmerzhaftigkeit bei der Wirkung dieser Salbe ist verschieden, je nach dem Individuum. Nach dem Abnehmen sieht man die Lupusknötchen an der Oberfläche mit nekrotischer Lage bedeckt, die gesunden Hautstellen aber gerötet oder um die oberflächlichen Epithelschichten gebracht. Nach zwei bis drei Tagen reinigen sich die nekrotischen Stellen und bedecken sich endlich mit Epithel. Die einmalige Ätzung mit dieser Salbe wirkt nur sehr oberflächlich, um tiefere Wirkung hervorzurufen, mufs man diese mehrmals wiederholen.

---

[1] *Dtsch. Med.-Ztg.* 1898. S. 100—103.

Es giebt Fälle, in welchen die Zuheilung unter der bloſsen Einwirkung der Lupussalbe erfolgt, aber in solchen muſs man die Salbe längere Zeit konsequent applizieren. Es fehlt aber ein Kriterium, um zu wissen, wann wir mit der Salbe aufhören können. Deshalb habe ich mich nach dem Aussehen des Granulationsgewebes gerichtet. Ich lasse die Salbe durch 24—48 Stunden liegen, wonach ich eine indifferente Salbe (Borsalbe, Zinksalbe, Zinkichthyolsalbe) auf 2—3 Tage auflege und nach dieser Pause wiederum die grüne Salbe appliziere. Auf dieselbe Weise schreite ich fort, bis das Granulationsgewebe rot, gesund aussieht und die Tendenz zur Verhornung zeigt. In diesem Stadium lasse ich die Salbe fort und lasse die durch die Salbe entstandenen Geschwüre sich überhäuten. Wenn das Granulationsgewebe nicht gesund, sondern mehr geschwollen, bläulich erscheint, lasse ich weiter die Salbe auflegen, nicht aber jeden zweiten Tag, weil manche Kranken infolge der Schmerzhaftigkeit die Salbe nicht gut vertragen, besonders wenn sie auf gröſsere Hautflächen appliziert wird.

Diese Fälle aber, in welchen durch die Verhornung nach dieser Lupussalbe die Krankheit definitiv geheilt wird, sind sehr selten, und zwar sind das Fälle, wo die Affektion sehr oberflächlich war. Viel häufiger läſst die Salbe die oberflächlichen Veränderungen verschwinden, die tieferen dagegen weiter bestehen.

Deshalb ist diese Salbe nicht das einzige Mittel bei dieser Methode.

Als zweite Gruppe von direkt bacillentötenden Mitteln sollen die kaustischen Alkalien erwähnt werden, unter welchen die Hauptstelle das Kal. causticum einnimmt. Da das letztere sich mit Salicylsäure nicht mischen läſst, entfällt die elektive Wirkung, es besitzt aber diese hauptsächliche Eigenschaft, daſs es, die Gewebe durchsickernd, tiefer einwirkt. Es eignet sich also nicht in solchen Fällen, wo die Lupuspapeln zerstreut liegen, sondern bei solchen, in welchen das ganze Gewebe des sklerotischen, hypertrophischen Lupus zerstört werden soll. Als am besten brauchbare kaustische Paste giebt UNNA folgende an:

Kalii caustic.
Calcar. ustae
Sapon. virid.
Aq. destill. aa part. aequ.

Bei Anwendung dieser Paste ist die Zufuhr der Feuchtigkeit und impermeable Bedeckung die Hauptbedingung, denn im trockenen Zustande ätzt die Paste nur sehr oberflächlich. Deshalb trägt man sie messerrückendick auf den Lupusherd auf, worauf man ein feuchtes und ebensogroſses Watteflaumchen legt und mit Zinkoxydpflastermull oder Guttaperchapapier zudeckt. An den Schleimhäuten ist der Wattetampon nicht nötig, das Schleimhautsekret genügt, damit die Paste einwirkt.

Das einmalige Einlegen der Paste ist sehr oft hinreichend, um das Gewebe genügend tief zu zerstören, zumal da man durch die Quantität der Paste und die Zeit des Liegenlassens die Wirkung dosieren kann. Die Anwendung ruft einen dicken nekrotischen Schorf hervor, welcher nach einigen Tagen abfällt und eine rein granulierende Wunde zurückläfst, die schnell zuheilt.

Kal. causticum gebraucht aber Unna nicht nur in so grofser Konzentration, wie in der Paste, sondern auch in wässerigen schwachen Lösungen von 1 : 10000—5000 in der Form von Dunstverbänden, welche permanent getragen werden und impermeabel zugedeckt sein müssen. Diese letzten lassen das zellige Infiltrat verschwinden, besonders wenn keine Tuberkelbacillen da sind; sie sind also sehr zweckmäfsig in Fällen, in welchen man nach der oberflächlichen Ätzung die Reste des oberflächlichen Zellinfiltrates schnell zum Schwunde bringen will, um die tieferen Knötchen zur Schau zu bekommen oder nach der Tiefenätzung das bacillenlose Plasmom zu entfernen.

Nach dem Gebrauch der vorher erwähnten Mittel, welche die Flächenätzungen hervorrufen, bleiben sehr oft, fast immer, sowohl an der behandelten Stelle, wie auch in der Umgebung kleine Centren, welche durch die Haut schwach durchleuchten und sehr oft nur mit Hilfe des Diaskops entdeckt werden können. Wenn man in dieser Periode mit der Behandlung aufhört, werden diese Centren zur Ursache der Recidive. Das genaue Studieren also und Angreifen dieser kleinen restierenden Lupusknötchen ist der wichtigste Akt dieser Methode, ein Akt, der erst zur definitiven Heilung der Krankheit führt.

Zu diesem Zwecke hat Unna im Jahre 1888 seine Spickmethode[1] angegeben. Sie beruht auf dem Einbohren in die gefundenen Knötchen fein zugespitzter Hölzchen, welche mit Liqu. stib. chlor. getränkt werden. Die senkrecht zur Hautfläche stehenden Hölzchen werden sofort mit einer Schere dicht an der Hautoberfläche abgeschnitten und mit Pflaster bedeckt. Nach 48 Stunden lassen sich die Hölzchen sehr leicht samt dem nekrotischen Schorfe herausnehmen, und an ihrer Stelle entstehen je nach der Gröfse und Tiefe des Knötchens Höhlen, welche sich bald (in ein paar Tagen) mit Granulationen anfüllen und gewöhnlich schon nach sechs bis acht Tagen zur völligen Heilung gelangen. Die zurückgebliebene Narbe ist glatt und nicht erhaben, was nach dem durch die Spickung hervorgerufenen Loche schwerlich zu erwarten war.

Bei den lupösen Infiltrationen und Geschwüren der Schleimhaut hat mir reiner Liqu. stib. chlor., auf diese Stelle gepinselt, sehr gute Dienste geleistet.

---

[1] *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1888. S. 195.

Ich habe in der Kürze die wichtigsten Punkte dieser Methode beschrieben, die Einzelheiten muſs man durch die Erfahrung erwerben, deshalb sind die wirklich guten Resultate Sache einiger Erfahrung. Es ist unmöglich die Anwendung dieses oder jenes Mittels in genaue Grenzen einzuschränken, es ist schwer zu definieren, wann man bei gewissen Veränderungen dieses oder jenes Mittel gebrauchen soll, erst die längere Anwendung der Mittel, eine Anzahl verschiedener Fälle kann belehren, welches von den erwähnten Mitteln im gegebenen Falle anzuwenden sei, welches am schnellsten zum Ziele führt, dabei aber auch die gesunden Gewebe am wenigsten angreift.

Den Leitfaden im Verfahren bei dieser Methode bildet also: zuerst die Entfernung der diffusen oberflächlichen Veränderungen, um nach deren Verschwinden zu den tieferen Punkten zu gelangen; dann das Aufsuchen und genaue Studieren der circumskripten tiefen Herde, endlich die Einteilung der Mittel in das Lupusgewebe angreifende und bacillentötende. Man kann also bei dieser Methode nicht von einer Heilung mit einem Schlage sprechen, wie bei den Operationsmethoden, denn erst die genaue Befolgung des beschriebenen Verfahrens nebst erfahrungsmäſsiger Berücksichtigung des besonderen Falles giebt uns gröſsere Sicherheit der radikalen Heilung, welche das Ausschlieſsen der Recidive gestattet.

Wer also diese Methode anwenden will, muſs immer daran denken, daſs hier nicht so viel die angegebenen, jedenfalls schon früher bekannten Mittel, als vielmehr die methodische Anwendung und richtige Kombination derselben das Wesentlichste bildet. Dazu muſs noch der wichtige Umstand erwähnt werden, daſs die Technik dieser Methode mit ihren zahlreichen Mitteln nicht nur darauf abzielt, um das krankhafte Gewebe gänzlich zu entfernen, sondern auch dahin strebt, um von dem umgebenden gesunden Gewebe so viel als möglich unbeschädigt zu lassen. Es ist dies ein groſser Vorteil einerseits in Bezug auf den ästhetischen Effekt, andererseits aber auch in Bezug auf die Möglichkeit der Recidive, da doch bekanntlich das verschonte gesunde Gewebe widerstandsfähiger ist, als es die stärkste Narbe an seiner Stelle wäre.

Zuletzt beschreibe in der Kürze die behandelten Fälle, von welchen nur einige als geheilte und unter Kontrolle stehende betrachtet werden können, der gröſste Teil gehört zu den teilweise geheilten Fällen, bei welchen erst die Spickmethode die definitive Heilung herbeiführen soll.

Männer:

1. J. F., 32 Jahre alt, seit einigen Jahren krank. Die spongiösen Efflorescenzen nehmen die Nasenspitze ein, die Nasenflügel fehlen. Das Infiltrat verbreitet sich auf die Mundlippe und Wangenschleimhaut. — Die kaustische Paste hat die Infiltration zerstört, die an der Peripherie zurückgebliebenen Knötchen wurden gespickt. Auf die Nasenscheide wurde Liqu. stib. chlor. und 2% Arg. nitr. in Spir. aether. nitr. angewendet. Geheilt.

2. J. H., 21 Jahre alt, zwei Jahre krank. Die Nasenhöhlenränder, teilweise die Oberlippe und die Schleimhaut der Nasenhöhle geschwürig, auf der Nasenhaut einige isolierte Knötchen. — Die grüne Salbe hat das oberflächliche Infiltrat weggeschafft, die Knötchen wurden gespickt. Die Geschwüre der Schleimhaut wurden nach der Pinselung mit Liqu. stib. chlor. und Arg. nitr.-Solution zugedeckt. Geheilt.

3. J. Z., 17 Jahre alt, die Krankheit dauert schon sieben Jahre. Das Lupusinfiltrat nimmt die ganze Nasenhaut und Oberlippe ein. An dem harten Gaumen befindet sich ein Geschwür, welches bis zum Knochen reicht, die Schleimhaut der Lippen und des Zahnfleisches ist ebenfalls geschwürig. — Die grüne Salbe und Kaliumumschläge liefsen nur einige minimale Herde bleiben, welche nach der Spickung verschwunden sind. Auf der Schleimhaut blieben noch ungeachtet der Anwendung des Liqu. stib. chlor. einige Geschwüre, die erst die Kaliumpaste gereinigt hat.

4. A. S., 19 Jahre alt, seit vier Jahren krank. An der Nasen-, Wangen- und Lippenhaut viele Infiltrate und Knötchen, welche an einigen Stellen Geschwüre bilden. Geschwüre befinden sich ebenfalls auf der Schleimhaut beider Lippen und der Zunge. — Die grüne Salbe liefs die oberflächlichen Infiltrate verschwinden. Die zurückgebliebenen punktförmigen Reste werden gespickt. Der Kranke bleibt noch in der Behandlung.

Weiber:

5. F. S., 37 Jahre alt, seit einigen Monaten krank. Der Rand und das Innere der Nasenhöhle infiltriert und teilweise geschwürig. — Die grüne Lupussalbe hat das Infiltrat fast gänzlich zum Schwund gebracht, die zurückgebliebenen drei isolierten Knötchen wurden gespickt. Geheilt.

6. M. K., 17 Jahre alt, ein halbes Jahr krank. Die Nasenlöcherränder geschwollen und infiltriert, das Infiltrat geht auch auf die Oberlippe, Nasenhautscheide und Nasenspitze. — Die grüne Salbe und Umschläge haben völlige Vernarbung herbeigeführt, sodafs auch mit Hilfe des Diaskops kein Knötchen zu finden ist. Geheilt.

7. S. H., 26 Jahre alt, schon zehn Jahre krank. An der Nasenhaut ein oberflächliches Infiltrat, welches auf die rechte Wange und Oberlippe hinübergeht. — Nach Anwendung der grünen Salbe ist das Infiltrat verschwunden, sodafs nur einige isolierte Knötchen geblieben sind, welche gespickt wurden.

Bei der Kontrolle nach zwei Monaten erschienen in den alten Narben unter dem Diaskop zwei kleine punktförmige Herde, welche gespickt wurden. Geheilt.

8. Z. P., 11 Jahre alt, drei Jahre krank. An der Nasenhaut zahlreiche Narben, die Nasenlöcher verengt, die Nasenflügel fehlen. Der Rand der Oberlippe bis zum Dreifachen geschwollen, aufgeworfen, mit Geschwüren bedeckt, an der Haut dieser Lippe ein linsengrofser Knoten. — Die Pinselung mit Liqu. stib. chlor. und 2% Silbernitratlösung hat die Lippe verkleinert, weil aber das Infiltrat zurückgeblieben ist, wurde die Ätzpaste angewendet. Die Lippe wurde noch kleiner und bedeckt sich bereits mit Epithel.

9. M. Ch., 16 Jahre alt, fünf Jahre krank. An der Spitze und am rechten Flügel der Nase zahlreiche Knötchen in Gruppen angeordnet, an der Oberlippe ein Infiltrat von Silberguldengröfse. — Nach der mehrmaligen Anwendung der grünen Salbe sind noch einige Knötchen geblieben, welche erst die Spickmethode heilt.

10. S. W., 26 Jahre alt, seit sechs Jahren krank. An der Nasenhaut eine glatte Narbe (nach Langs Methode), in der Peripherie einzelne Knötchen, ebensolche gruppenweise an der rechten Wange und der Oberlippe. An dem weichen Gaumen geschwürige Infiltrate. — Die grüne Salbe und Kaliumumschläge haben nur sehr wenig von den Knötchen zum Schwund gebracht, deshalb habe ich jetzt angefangen die Knötchen zu spicken.

11. A. M., 12 Jahre alt, schon sechs Jahre krank. An dem rechten Nasenflügel ein erhabenes, unebenes Infiltrat, kleinere an dem hinteren Flügel, der Wangenhaut und Oberlippe; an der Schleimhaut der Mundlippen und am Gaumen einige Geschwüre. — Die Ätzpaste hat das Infiltrat der rechten Nasenflügels in 24 Stunden zerstört, auf den Rest des Infiltrates wurde längere Zeit die grüne Lupussalbe angewendet; die nach dieser und Kaliumumschläge restierenden Knötchen wurden gespickt. An der Haut ist alles gänzlich geheilt, an der Schleimhaut aber ist ungeachtet der Pinselung mit Liqu. st. chl. noch viel Infiltriertes geblieben, was mich gedrängt hat, die Kaliumpaste anzuwenden, welche schon nach einmaliger Anwendung die Geschwüre gereinigt hat.

12. M. K., 18 Jahre alt, seit zwei Jahren krank. Lupus in der Form zerstreuter Knötchen nimmt beide Flügel und Spitze der Nase, wie auch die Nasenscheidewand ein. — Das oberflächliche Infiltrat ist nach der Anwendung der grünen Salbe und Kaliumumschläge bald verschwunden, es blieben aber zahlreiche Knötchen, welche jetzt gespickt werden.

13. Ch. G., 14 Jahre alt, sieben Jahre krank. Auf der Wangen- und Nasenhaut, auf beiden Mundlippen kleine Infiltrate und Knötchen. — Der gröfste Teil der Infiltrate ist nach der Anwendung der grünen Salbe und Kaliumumschlägen verschwunden, die zurückgebliebenen tieferen Knötchen werden jetzt gespickt.

14. A. K., 8 Jahre alt, seit drei Jahren krank. Beide Wangen, fast die ganze Nasenhaut und die stark angeschwollene Oberlippe sind mit zahlreichen Lupusknötchen bedeckt, welche teilweise geschwürig sind. — Die Behandlung mit der grünen Salbe und Umschlägen läfst die oberflächlichen Veränderungen verschwinden.

15. J. Z., 8 Jahre alt, schon einige Jahre krank. An der linken Hand, sowohl auf der Plantar- wie auch Dorsalfläche zahlreiche Infiltrate, welche auch auf die Finger übergehen. Am Arme derselben Extremität befinden sich auf einer handgrofsen Fläche lupöse Infiltrate und Knötchen; ähnliche, aber bedeutend mehr verbreitete, dann die ganze hintere Oberfläche des Oberschenkels einnehmende Infiltrate befinden sich an der linken unteren Extremität. — Die grüne Salbe und Kaliumumschläge haben die meisten, besonders die in den zentralen Anteilen liegenden Infiltrate beseitigt. Die restierenden, sehr zahlreichen, tieferen Knötchen werden bereits gespickt.

Ich kann also hier zwar nicht solche Fälle anführen, bei denen eine Reihe von seit der erfolgten Heilung verflossenen Jahren Recidive mit Sicherheit auszuschliefsen gestatteten, — doch erlauben mir die erwähnten, besonders die unter der Kontrolle stehenden Fälle zu hoffen, dafs — obwohl bei der Kontrolle sich noch einige kleine Herde finden lassen — Recidive später nie mehr erscheinen werden.

Aus der Praxis.

Transpellikulare Behandlung.

Von

P. G. Unna.

Ich habe in meiner allgemeinen Therapie der Hautkrankheiten (pag. 793) darauf aufmerksam gemacht, dafs die Applikation eines Kollodiumfirnisses[1] die Fortsetzung der Behandlung mit Salben und Seifen an derselben Hautstelle nicht kontraindiziert. Hierin liegt ein grofser Gewinn für die Behandlung solcher Dermatosen, bei denen ein Druck auf umschriebene Hautstellen während der ganzen Dauer medikamentöser Einwirkung erwünscht ist, also insbesondere beim Strophulus (Lichen urticatus), bei gereizten Insektenstichen, bei stark juckenden Pernionen und vor allem beim Ulerythema centrifugum (sog. Lupus erythematosus). Alle diese unter sich höchst verschiedenen Affektionen haben das Gemeinsame, dafs bei ihnen ein umschriebenes, angioneurotisches Ödem entweder permanent vorhanden ist oder sehr leicht hervorgerufen wird und einerseits der Ausbreitung des Übels Vorschub leistet (Ulerythema centrifugum), andererseits die örtliche Behandlung ungemein erschwert (Strophulus, Insektenstiche, Frostbeulen).

Die einfachste Behandlung wäre in diesen Fällen die Applikation eines komprimierenden Kollodiumfirnisses, welcher das nötige Medikament selbst in ausreichendem Mafse eingeschlossen enthält. Aber mit einem so einfachen Mittel kommt man in den seltensten Fällen aus, eigentlich nur bei den gereizten Insektenstichen, indem hier oft die Aufpinselung von Ichthyolkollodium allein zur Heilung genügt. Schon der Strophulus macht — abgesehen von der meistens notwendigen inneren Medikation — die Einreibung der hauptsächlich befallenen Regionen mit Zinkschwefelpaste oder Ähnlichem aus dem Grunde nötig, weil zwischen den zunächst befallenen Hautstellen successive immer neue Efflorescenzen auftauchen, falls man diese Mafsregel unterläfst. Bei den Frostbeulen genügt die im übrigen vorzügliche Applikation eines komprimierenden Firnisses, der Ichthyol, Terpentinöl und Kampfer enthält, ebenfalls nicht, weil dabei die ganze Region der Hände, Füfse oder Ohren an der Perniosis, jener Cirkulations-

[1] In meinem Vortrage „Über die insensible Perspiration der Haut" auf dem 9. Kongresse für innere Medizin in Wien. 1890. (s. d. Verhandlg.) habe ich zuerst Beweise für die starke Durchlässigkeit der Kollodiumfirnisse für Wasserdampf gegeben.

anomalie diffus erkrankt ist, auf deren Boden erst die zerstreuten Pernionen entstehen. Bei dem Ulerythema centrifugum endlich kommt diese Rücksicht auf eine regionäre Disposition, die ja offenbar auch vorliegt, weniger in Betracht, da wir es hier mit äufserst hartnäckigen, scharf umschriebenen und sich in continuo leicht ausbreitenden, aber nicht so leicht springenden und sich vervielfältigenden Flecken zu thun haben. Dafür aber ist bei diesem Leiden zu berücksichtigen, dafs es fast stets an unbedeckt getragenen Körperstellen, Gesicht und Händen, lokalisiert ist und eine dauernde Bedeckung mit dem festhaftenden Kollodiumfirnifs so entstellend wirken würde, dafs an eine fortgesetzte ambulante Behandlung nicht zu denken wäre. Und doch wird ein Arzt, der den ungeheuren Vorteil der Seifenkollodiumbehandlung[1] gerade bei dieser äufserst refraktären Affektion einmal erfahren hat, nur ungern auf dieselbe verzichten; er wird aber versuchen, sie mit einer weniger entstellenden Tagbehandlung zu kombinieren. Derselbe äufserliche Gegengrund tritt auch bei Behandlung von Frostbeulen der Hand tags über ein.

Wie man sieht, sind wir oft in der Lage, die punktuelle Kollodiumapplikation zu wünschen, sie aber mit anderen Mitteln kombinieren zu müssen, und da ist es allerdings von grofsem Werte, dafs wir durch das Kollodiumhäutchen in situ hindurch zu behandeln im stande sind, ohne dessen vorzügliche Druckwirkung aufgeben zu müssen. Hierbei kommt für das Ulerythema centrifugum noch speziell in Betracht, dafs die Flecke durch gewisse starke Medikamente (Sapo viridis, Pyrogallol, Ichthyol) vortrefflich beeinflufst werden unter der einzigen Bedingung, dafs die letzteren nicht selbst eine Gefäfslähmung mit Ödem hervorrufen, da dieses, wie schon hervorgehoben, jede Behandlung illusorisch macht und sogar die rasche Ausbreitung des Übels befördert. Dieses ist der Grund, warum indolente, torpide Formen von Ulerythema centrifugum immer noch leichter zu heilen sind, als die leicht reizbaren, auch wenn diese eine geringere Ausdehnung besitzen. Nun, der neben der übrigen Behandlung einhergehende Gebrauch des Seifenkollodiums verwandelt quasi die leicht reizbaren Flecke des Ulerythema centrifugum in torpide. Durch das Kollodiumhäutchen hindurch können wir ungescheut solche Mittel anwenden, welche ohne dasselbe wegen eventueller Reizerscheinungen gefährlich wären. Wir können je nach Bedarf des Falles also z. B. die abends mit Seifenkollodium bepinselten Stellen nach Eintrocknung der Häutchen mit purer grüner Seife bestreichen oder zusammen mit der Umgebung mit alkalischem Seifengeist längere Zeit einschäumen und nachts über mit einer Pyraloxinsalbe oder,

[1] Sapon. virid. 4, Collodii 20. M. S. „Die Therapie des Lupus erythematosus". Arbeiten aus Dr. Unnas Klinik. Eugen Grosser. 1899, pag. 21.

wenn man Schwärzung des Gesichts nicht scheut, selbst mit einer Pyrogallolsalbe bedeckt halten. Man wird am anderen Morgen einerseits nur eine günstige Wirkung ohne jede Reizerscheinung konstatieren, andererseits aber auch die Genugthung haben, dafs die während der ganzen Nacht auf die Häutchen einwirkenden Salben und Seifen dieselben gegen Morgen soweit gelöst haben, dafs sie bei einer Abwaschung mit warmem Seifenwasser abfallen. Die während der Nacht kombinierte transpellikulare Behandlung kann also sehr wohl auf diese Zeit beschränkt und damit zu einer unauffälligen, ambulatorischen gemacht werden, indem man bei Tage einen einfachen wasserlöslichen Firnis oder Puder brauchen läfst.

Ähnlich verfährt man beim Frost der Hände. Die Pernionen werden nachts mit Ichthyolkollodium oder Seifenkollodium bepinselt und darüber wird eine der bewährten Frostsalben, etwa aus Ichthyol, Terpentinöl und Kampher komponiert, auf die ganzen Hände eingerieben und wasserdicht bedeckt. Morgens folgt die Abwaschung in warmem Seifenwasser und bei Tage der Gebrauch von Puder oder einem wasserlöslichen Firnis.

Wer bei diesen, besonders für die transpellikulare Behandlung, geeigneten Dermatosen sich mit der Methode vertraut gemacht hat, wird dieselbe auch noch in einigen anderen Fällen, z. B. bei gewissen hartnäckigen, umschriebenen, vesikulösen Ekzemen, bei umschriebenen Formen von Hydroa (Dermatitis herpetiformis Duhring), bei Keloiden und auch sonst noch mit Nutzen verwenden können.

Versammlungen.

Wissenschaftliche Ärztegesellschaft zu Innsbruck.

Sitzung vom 28. Januar 1899.

Einen 9jährigen Knaben mit **Xeroderma pigmentosum** demonstriert Rille. Der Fall, der schon von v. Lukasiewicz beschrieben ist, ist seitdem sehr fortgeschritten. Das Kind ist stumm, idiotisch und blind geworden; ein Auge ist durch Carcinom, eines durch Phthisis bulbi zerstört. Der Ernährungszustand ist ein sehr schlechter. Ergriffen ist die Haut des Gesichts, des behaarten Kopfes, des Halses, der Handrücken und der Vorderarme. Man sieht Pigmentflecke, dazwischen weifsliche, blatternartige, verdünnte, etwas eingesunkene Hautpartien. In der Gegend des Jochbogens ist die Haut diffus verändert, weifsglänzend, schwer faltbar; an den Ohrmuscheln hornige, federfahnenähnliche Warzen; mehrere Substanzverluste. Carcinombildung in ausgedehnter Weise am linken Naseneingang, am Kinn und Unterlippe. Keine Teleangiektasien. — Die ersten Erscheinungen waren aufgetreten in Form eines Eccema caloricum und auch jetzt ist das Kind gegen Licht sehr empfindlich.

Sitzung vom 25. Februar 1899.

Ein wegen **Rhinophyma** operierter Patient wird von Rille vorgeführt. Durch

Keilexcision und Flachschnitte mit folgender Galvanokauterisation ist eine erhebliche Besserung erzielt worden.

Eine **durch grofse Dosen Jodkalium geheilte Psoriasiskranke** demonstriert Rille. Patientin hat in 40tägiger Behandlung mit zehntägiger Pause 800,0 Jodkalium gebraucht. Maximaldosis pro die 44,0. Die Pause mufste eintreten, als Patientin nach dieser hohen Dosis an Somnolenz, Bewufstlosigkeit, Hallucinationen erkrankte. Der Heilerfolg ist ein überraschender. Die Intoxikationserscheinungen wurden vielleicht dadurch begünstigt, dafs Patientin eine Potatrix ist, Oxycephalie und Protrusio bulbi zeigt. Ein im Beginne sich einstellendes Lidödem schwand trotz Fortsetzung der Kur von selbst. — Rille hat auch bei sekundärer Lues von Jodkalium beträchtlichere Erfolge gesehen. Bei einer recenten Lues ging nach Jodkalium (bis 20,0 pro die) die grofse Initialsklerose in wenigen Tagen zurück.

Ein Fall von **Sykosis parasitaria mit Knotenbildung**, ein Fall von **luetischem Primäraffekt an der Unterlippe** und gleichzeitig an der Schleimhautfläche derselben, auf das Zahnfleisch, ein durch Exkochleation und Ätzung mit Kalium causticum zerstörtes **Epithelialcarcinom** der Fossa poplitea werden von Rille und Lotheissen vorgeführt.

Sitzung vom 6. Mai 1899.

Rille demonstriert: 1. Einen 39jährigen Mann mit **Geschwüren in der Analgegend**, die sich als aphtös erweisen. Lues, Ulcus molle und Tuberkulose waren auszuschliefsen; letztere wurde anfangs durch einen Bacillenfund vorgetäuscht, der aber auf die Unzuverlässigkeit Gabbetscher Methode zurückzuführen war.

2. Einen jungen Mann mit **Vereiterung geschwollener Lymphdrüsen am Halse auf luetischer Basis**. Das ist nicht selten. Das Axiom, dafs luetische Lymphdrüsen nicht vereitern, ist nicht berechtigt; es giebt rein luetische, vereiternde Bubonen; vielfach handelt es sich dabei um skrophulöse Individua.

3. Eine Patientin mit **Syphilis maligna praecox nnd Leukoderma lueticum**. Rille betont das Vorkommen eines Leukoderma psoriaticum.

Sitzung vom 2. Juni 1899.

Einen ganseigrofsen, knolligen, viellappigen, nicht exulcerierten Tumor eines an Elephantiasis (Hyperplasia lymphatica) erkrankten **Labium minus** demonstriert Ehrendorfer. Im Anschlufs daran äufsert sich Rille über die Elephantiasis vulvae, resp. das Ulcus vulvae chronicum elephantiasticum (Jadassohn und F. Koch) dahin, dafs es sich stets um tertiäre Lues handele. Die Affektion ist von Franseca früher als Esthiomène bezeichnet und fälschlich dem Lupus vulgaris zugezählt. Koch führt das Leiden auf Exstirpation oder Vernichtung von Lymphdrüsen zurück. Es stellt sich das Leiden dar in Gestalt von Hypertrophie der Falten an den äufseren weiblichen Genitalien mit oft am Rande zerklüfteten warzen- und hahnenkammartigen Exkrescenzen; dabei sind diese Falten oder deren Basis starr, rigide, zerreifsbar. Ähnliches kommt in der Afterkerbe vor, hier stets kombiniert mit Strikturen und Ulcerationen des Rectum. Man findet oft anderweitige tertiär-luetische Erscheinungen; zuweilen kann man auch den Entwickelungsgang von der Infektion ab beobachten. Rille hält deshalb die Affektion für eine luetische.

Rille demonstriert: 1. Einen 45jährigen Patienten mit **Lichen ruber accuminatus**, 2. einen 25jährigen Kranken mit **Fibroma molluscum**, 3. drei Fälle von **Pellagra**, 4. eine 33jährige Kranke mit **Pigmentsyphilis**. Dichtgedrängte dunkle Pigmentflecke am Stamm, an den Extremitäten, an Hals und Nacken, hervorgegangen aus papulösen Syphiliden. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Fachzeitschriften.

The British Journal of Dermatology.

Band 11. November 1899.

I. **Über Streptothrix-Infektionen**, von Alexander Foulerton-London. Nach einem Überblick über die einschlägige Litteratur bespricht der Verfasser die verschiedenen Streptothrixformen und ihre Einteilung. Das anatomische Resultat einer Infektion mit der einen oder anderen Streptothrixart ist gewöhnlich Knoten- oder Granulombildung. Derartige Knoten können nach einiger Zeit degenieren und vereitern. Die Streptothrix actinomycotica scheint nicht die einzige zu sein, welche die Aktinomykose beim Menschen hervorrufen kann. Eine Reihe von Autoren beschreibt Fälle, die klinisch das Bild der Aktinomykose aufwiesen, bei welchen sich jedoch der isolierte Streptothrixparasit hinreichend von der Streptothrix actinomycotica unterschied. Auch Verfasser ist in der Lage, ein Beispiel dieser Kategorie mitzuteilen.

Es handelt sich um eine 46jährige Patientin, die im Dezember 1898 ins Middlesex Hospital aufgenommen wurde. Seit zehn Jahren litt sie im Winter stets an Husten, der in der letzten Zeit fast ununterbrochen die Patientin gequält hat. Dieselbe ist infolgedessen stark abgemagert. Vor einem Jahre wurde ein Abscefs in der linken Achselhöhle eröffnet. Im November 1898 kurz vor der Aufnahme der Patientin ins Hospital entwickelte sich über dem linken Schlüsselbein ein kleiner, roter, schmerzhafter Knoten, der sich rapide vergröfserte und an einer Stelle aufbrach. Gleichzeitig waren um diesen gröfseren Knoten drei kleinere entstanden. Gegenwärtig zeigt die Patientin vorn an der linken Schulter eine subcutane, unregelmäfsig gestaltete Schwellung, welche sich 2 Zoll oberhalb und 2—3 Zoll unterhalb des linken Schlüsselbeins erstreckt und eine etwas knotige Oberfläche darbietet. Die Haut über derselben ist tief rot und mit gelben Flecken besät, welche die Stellen kleiner, etwas dicken, gelblichen Eiter enthaltender Abscefschen andeuten. Wo dieselben zum Durchbruch gekommen sind, haben sich kleine Geschwürchen gebildet.

Die Atembewegung war auf der linken Thoraxseite herabgesetzt; die Patientin expektorierte sehr viel wässeriges, bluthaltiges Sputum, das wiederholentlich mikroskopisch untersucht wurde, jedoch hinsichtlich des Befundes von Tuberkelbacillen stets ein neues Resultat ergab. Dagegen wurden aus dem Eiter eines kleinen, frisch eröffneten Abscesses Reinkulturen eines Streptothrixpilzes erhalten, der sich von den bisher beschriebenen Streptothrixarten in vieler Beziehung unterschied. Überimpfungen auf Kaninchen ergaben ein negatives Resultat.

Verfasser glaubt, dafs die Diagnose Aktinomykosis sich nicht so sehr auf das klinische Bild, sondern auf den Befund des spezifischen Aktinomycespilzes gründen dürfe, da dasselbe oder ein ganz ähnliches Krankheitsbild auch andere Streptothrixpilze produzieren könnten. Für diese letzteren Fälle sollte man nach dem Vorschlage von Bruns bis auf weiteres die Bezeichnung „Pseudo-Aktinomykosis“ acceptieren.

II. **Über die Phototherapie des Lupus vulgaris**, von St. Mackenzie-London. In den letzten 2—3 Jahren sind etwa 400 Fälle mit Licht behandelt worden. Die Heilresultate waren sehr zufriedenstellende namentlich in den Fällen, wo die Lupusknötchen oberflächlich lagen. Die erzielten Narben waren geschmeidig, glatt und weniger auffallend als bei anderen Behandlungsmethoden. Auch der Schleimhautlupus wurde unter der Phototherapie günstig beeinflufst.

Die Applikation des Lichtes ruft je nach der Empfänglichkeit der Patienten eine mehr oder minder starke Entzündung der so behandelten Gewebe hervor. In der Mehrzahl der Fälle ist die Entzündung schwach und schmerzlos, und nur ganz vereinzelt wird Bläschen- oder Blasenbildung beobachtet. Die Reaktion ist eine schwächere bei Applikation von Sonnenlicht als bei der Anwendung von Bogenlicht. Erysipel tritt zuweilen auf, jedoch nicht häufiger als bei anderen Methoden. Dies war namentlich früher der Fall. Seitdem die mit Licht behandelten Partien nach jeder Sitzung mit Borsalbe bestrichen und verbunden werden, entwickelt sich nur sehr selten ein Erysipel.

Was die Recidive nach der Lichttherapie betrifft, so sah Verfasser Fälle, welche innerhalb von 1—2 Jahren bei ununterbrochener Behandlung keinerlei Recidive aufwiesen. Natürlich ist eine Reinfektion ebenso möglich, wie die primäre Infektion.

Wie alle anderen Behandlungsmethoden so eignet sich auch die Lichttherapie nicht in gleicher Weise für alle Lupusfälle. Einige mögen rascher und wirksamer durch chirurgische Maßnahmen behandelt werden. Im Vergleich zur Behandlung mit Auskratzung und Applikation von Ätzmitteln erzielt die Lichttherapie nach der Ansicht des Verfassers weit bessere Resultate.

Die Einwände, die man gegen diese Behandlung machen kann, sind: 1. Die lange Dauer derselben. Sie verlangt durch 3—4 Monate hindurch täglich eine Sitzung von einer Stunde. In hartnäckigen und ausgedehnten Fällen muß die Behandlung 6, 8, ja 12 Monate fortgesetzt werden. 2. Die Kosten. Der Apparat ist sehr kostspielig und das für die Therapie notwendige Ärzte- und Wartepersonal muß groß sein. Trotzdem ist der Zustrom von Patienten nach Finsens Lichtinstitut ein sehr starker, nicht nur von Dänemark sondern von der ganzen skandinavischen Halbinsel und anderen Ländern Europas.

Verfasser ist überzeugt, daß die Lichttherapie des Lupus eine erfolgreiche und den übrigen mindestens gleichwertige Methode der Behandlung sei.

C. Berliner-Aachen.

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.

1899. Heft 10.

Acne necrotica, von R. Sabouraud und Amabilis. Acne necrotica wird in Deutschland gewöhnlich Acne varioliformis, in Frankreich auch Acne pilaris und Acne rodens genannt. Sie stellt ein chronisches, in Anfällen auftretendes Leiden dar, welches nur an solchen Stellen auftritt, die vorher der Sitz einer mikrobacillären Seborrhoe sind. Die Elemente dieser Dermatose bestehen aus kleinen, rundlichen Borken, die in der Mitte eine nabelförmige Einsenkung aufweisen und von einem Haar durchbohrt sind; fällt die Borke nach einiger Zeit ab, so bleibt eine Narbe zurück, die in allen Stücken der Pockennarbe gleicht.

Im Beginn entsteht um das Haar herum ein ganz kleiner brauner Punkt, der sich allmählich zu einer Vesikel entwickelt. Diese hat in der Regel einen Durchmesser von 3 mm, trocknet, ohne zu bersten, in sich ein und wird zur eben beschriebenen Borke. Die Bildung der Vesikel vollzieht sich in drei Tagen, von da bis zum Abfallen der Borke vergehen mehrere Wochen. Die Borke ist in die Haut eingebettet, wie „eine Linse in ihre Hülse“. Durch Kratzen gewinnt der Ausschlag, zumal bei jüngeren Personen, nicht selten ein impetiginöses Aussehen; dadurch wird der Übergang zur Impetigo peripilaris Bockhart hergestellt.

Die Acne necrotica kommt außer im Gesicht auch in der Regio intermamillaris

und interscapularis vor, d. h. an allen jenen Punkten, die auch der Sitz einer Seborrhoea mikrobacillaris sind. Die Krankheit befällt nur Erwachsene, ist äufserst hartnäckig, aber weniger wegen ihrer Symptome — etwas Brennen und Jucken — als deshalb gefürchtet, weil sie das Gesicht durch Narben so sehr entstellt.

Zur Histologie bemerken die Verfasser, dafs zum Zustandekommen der Acne necrotica die vorgängige Infektion des Haarfollikels mit Mikrobacillen unentbehrlich ist; von hier nimmt die Neubildung ihren Ausgang, indem sich um den Follikelwulst eine ringförmige Ansammlung eines Staphylococcus bildet; hieran schliefst sich eine diffuse Anhäufung von Leukocyten in der Cutis unterhalb der Epidermis, bis der ganze befallene Teil eintrocknet, nekrotisiert und zuletzt als Borke abfällt.

Der Staphylococcus der sich immer, vom Beginn bis zum Ende, und bei jedem einzelnen Element der Acne necrotica vorfindet, ist ein Staphylococcus aureus; derselbe läfst sich in keiner Weise von einem Staphylococcus aureus anderer Herkunft, z. B. dem der Impetigo follicularis, unterscheiden. Bei diesem Problem, dafs nämlich derselbe Mikroparasit anscheinend bald einen Furunkel, bald einen Karbunkel, ein Panaritium, eine Impetigo, ein Eccema pilare chronicum, eine Acne necrotica u. s. w. erzeugt, verweilt S. etwas länger und führt zur Erklärung verschiedene Möglichkeiten an.

Auch die Behandlung kommt in dieser inhaltsreichen Arbeit nicht zu kurz. S. stellt hier den Grundsatz auf und begründet ihn, dafs man bei solchen Krankheiten wie die Acne necrotica nicht die Dermatose, sondern den Boden, auf dem jene wächst, zu behandeln habe. Man mufs also die Seborrhoe bekämpfen, wenn man sich vor Rückfällen der Acne necrotica schützen will. Das erreicht man am ehesten, indem man die Epidermis kurz nacheinander mehrmals durch reizende Salben zerstört. Als solche empfiehlt er:

Resorcin.	
Acid. salicyl.	aa 5,0
Vaselin.	30,0.

Auf diese Weise will er befriedigende Ergebnisse erzielt haben.

Türkheim-Hamburg.

Journal des maladies cutanées et syphilitiques.

1899. Heft 10.

Zur Frage der Aufnahme von Syphilitischen in die Lebensversicherung, von A. Bayet-Brüssel. Verfasser hat sich sicher ein Verdienst erworben, indem er die Frage, ob und unter welchen Bedingungen ein Syphilitiker in die Lebensversicherung aufgenommen werden darf, einer gründlichen Untersuchung unterzog. Nachdem er in den vier ersten Abschnitten das statistische Material, das ihm zur Unterlage für seine Antwort dient, sorgfältig und unter fleifsiger Benutzung auch der ausländischen Litteratur zusammengetragen hat, erörtert er im letzten Abschnitt die Bedingungen, unter denen Syphilitische zuzulassen oder abzuweisen sind.

Unbedingt zurückzuweisen sind solche Syphilitiker, die noch Symptome der Krankheit, gleichviel ob sekundäre oder tertiäre aufweisen, sowie solche, deren Syphilis noch keine drei Jahre alt ist. Gleichzeitig ist solchen Kranken die Aufnahme zu verweigern, die gleichzeitig Alkoholiker oder mit Malaria der heifsen Zonen behaftet sind; und endlich sind auch diejenigen Syphilitiker von der Versicherung auszuschliefsen, bei denen die Infektion schon frühzeitig nervöse Symptome — vorübergehende Lähmungen, Doppelsehen, Epilepsie, apoplektiforme Taubheit — hervorgerufen hat. Diese Sätze, sowie alle folgenden, begründen sich aus dem statistischen Material

der vier ersten Abschnitte. Denn nur aus diesem, nicht aus der Natur des einzelnen Schankers oder dem Verlauf einer einzelnen Syphilis läfst sich ein Urteil über die Prognose des Einzelfalles gewinnen. Die Prognose darf man aber im allgemeinen günstig stellen, wenn eine Behandlung von drei Jahren — Verfasser stellt sich in diesem Punkt entschieden auf Seite der Franzosen — voraufgegangen ist. War dies der Fall und hat der Kandidat im letzten Jahr vor der Untersuchung keine syphilitischen Symptome gehabt, so darf man ihn aufnehmen.

War hingegen die Behandlung eine ungenügende, d. h. kürzer als drei Jahre, so thut man gut, beim Manne die zehn ersten Jahre seit Erwerbung des Schankers abzuwarten. Bei der Frau, bei welcher die Gefahr einer parasyphilitischen Tabes sehr gering ist, genügt in diesem Falle eine Wartezeit von sechs Jahren.

Blieb die Syphilis ganz unbehandelt, so darf der zu Untersuchende aufgenommen werden, wenn seit der Ansteckung 15 Jahre verflossen sind und die Krankheit seit langer Zeit keine Symptome gemacht hat. Heredo-Syphilitiker soll man grundsätzlich abweisen.

Diese Sätze beanspruchen, wie Verfasser verschiedentlich betont, keine unbedingte Geltung; ein bindendes Schema läfst sich für diese Fragen überhaupt nicht aufstellen, dem Individualisieren mufs ein weiter Spielraum offen stehen. Immerhin aber werden dem praktischen Arzte hier schätzenswerte Anweisungen gegeben und kein Versicherungsarzt sollte versäumen, sich mit denselben bekannt zu machen.

Zur Sterilisation von Bürsten, Kämmen, Scheren, Rasiermessern u. s. w. in den Barbierstuben, von J. Sabrazès. S. hat sich bemüht, die Technik der Desinfektion von Kämmen, Bürsten, Scheren u. s. w. noch mehr zu vervollkommnen. Unter Benutzung eines von Saint-Martin in Bordeaux angegebenen Ofens, dessen Abbildung der kleinen Arbeit beigefügt ist, ist es ihm gelungen, bei Anwendung von 3,0 Formaldehyd für den Kubikmeter Raum und einer Temperatur von + 40° innerhalb vier Stunden eine völlige Sterilisation der Instrumente zu erreichen, ohne dafs dieselben irgendwie darunter leiden.

Die Behandlung der Urethritis chronica mit Einträufelungen von Pikrinsäure, von E. Desnos und Paul Guillon. Pikrinsäure, ein in Deutschland wenig gebräuchliches Medikament, scheint sich in Frankreich bei den verschiedensten inneren wie äufseren Leiden einer grofsen Beliebtheit zu erfreuen. Die Verfasser haben es bei einer gröfseren Reihe von Fällen — sie teilen deren 29 mit — erfolgreich angewandt. Zur Behandlung mit Pikrinsäure eignen sich aber nur ganz chronische Fälle. Bei akuten Entzündungen oder bei einer Exacerbation der chronischen Form mufs man mit dem Mittel sofort aussetzen, weil man sonst unangehme Zufälle, Reizerscheinungen, Schmerzen u. s. w. erleben könnte. Das Mittel ist sowohl bei der blennorrhoischen wie auch bei der tuberkulösen Urethritis chronica wirksam. Es wird in einer ½—1%igen Lösung mittelst eines Instillators und einer 4 g haltenden Guyonschen Spritze eingeträufelt. Je nach dem Fall und dem Verhalten des Patienten werden zur Zeit 20—80 Tropfen eingeführt. Die Sitzungen müssen jeden zweiten Tag wiederholt werden; im Mittel erwiesen sich 16—17 Sitzungen als notwendig. Auch die tuberkulöse Cystitis wird günstig durch die Pikrinsäure beeinflufst; Hämaturie bildet eine Kontraindikation. — Die Haut wird durch das Mittel stark gelb gefärbt; mit Pottasche läfst sich die Farbe aber leicht wieder entfernen.

Türkheim-Hamburg.

Bücherbesprechungen.

Medizinal-Kalender für das Jahr 1900, herausgegeben von Dr. R. Wehmer. (August Hirschwald. Berlin, 1900.) Pünktlich, wie immer, ist Hirschwalds Kalender erschienen. Die erste Abteilung enthält den Geschäftskalender, Heilapparat, Verordnungslehre und diagnostisches Nachschlagebuch. Aufserordentlich inhaltsreich sind die beiden letztgenannten Unterabteilungen, die für den Praktiker als augenblickliches Nachschlagewerk wohl unentbehrlich sind.

Der zweite Teil betrifft den Personalkalender und zeichnet sich von ähnlichen Werken vorteilhaft dadurch aus, dafs er aufser den Ärzten einer Stadt stets noch den betr. Gesundheitsrat, die Medizinalkommission etc. angiebt. Aufser dem Personalverzeichnis des ärztlichen Civilstandes enthält dieser Band auch noch die Rang- und Dienstaltersliste des preufsischen Sanitätsoffizier-Corps und die Verfügungen betr. das Civil- und Militär-Medizinalwesen, Gebührenordnung etc. *P. Taenzer-Bremen.*

Erysipelas (Rose, Rotlauf) und Erysipeloid, von Hermann Lenhartz-Hamburg. (Mit 32 Abbildungen, davon eine in Farbendruck. Wien, 1899.) Vorliegende Arbeit des bekannten Direktors des Allgemeinen Krankenhauses zu Hamburg bildet einen weiteren Teil (3. des III. Bandes) der speziellen Pathologie und Therapie von Prof. Nothnagel und umfafst alles über das Erysipel für den Arzt Wissenswerte. In der Einleitung erfahren wir, dafs die Erklärung des Wortes Erysipelas noch gar keine sichere ist, die einen leiten es von *ἐρυθρὸς* „rot“ und *πέλος πελλὸς* „schwarzblau“, andere von *ἐρύω* „ich ziehe“ und *πέλας* „nahe“ ab. Aus den „Vorbemerkungen zur Geschichte des Erysipels“ ist ersichtlich, dafs das Krankheitsbild, wie es uns heute entgegentritt, schon im Altertum bei Hippokrates, Galen u. a. m. bekannt war. Das weitere Kapitel handelt über das epidemische Auftreten des Erysipels in Krankenhäusern, Wohnungen, Ortschaften und Ländern, was ebenfalls mehr historisches Interesse hat. Bezüglich der geographischen Verbreitung des Erysipels kommt nach Hirsch dasselbe gleichmäfsig auf der ganzen Erde vor. Die kälteren Jahreszeiten, besonders feuchtkalte Witterung, begünstigen das Auftreten des Rotlaufs. Das Kapitel Ätiologie bringt einen geschichtlichen Rückblick über die ätiologische Forschung, die den Satz unwandelbar feststellte, dafs das Erysipel unter allen Umständen und Erscheinungsformen stets nur durch den Streptococcus hervorgebracht wird, und Beispiele für die Übertragung von Mensch auf Mensch und durch Instrumente. Die Beziehungen zwischen Puerperalfieber und Erysipel, ebenso wie zwischen Scharlach und Erysipel werden erörtert; das eine steht für Lenhartz fest, dafs das Erysipel eine ansteckende, und unmittelbar übertragbare Krankheit ist, die in bestimmter eigenartiger Wechselbeziehung zum Puerperalfieber steht; der Zusammenhang zwischen Scharlach und Erysipel ist jedoch noch durchaus unaufgeklärt. Nach den bakteriologischen Forschungen von Koch und Fehleisen über den Erreger des Erysipels ist es völlig klar, dafs dasselbe nur durch den Streptococcus hervorgerufen wird. Letztgenannter Forscher war in der Lage, bei sieben kranken Menschen, die an inoperablen Neubildungen oder an Lupus litten, Übertragungsversuche mit seiner Reinkultur vorzunehmen, und bei den ersten sechs Fällen bildete sich ein typisches Erysipel aus. Die Dauer der Krankheit schwankte zwischen 5 bis 15 Tagen, die Heilung erfolgte ohne Eiterung und Abscefsbildung. Bezüglich der

Unterschiede zwischen Streptococcus erysipelatis und pyogenes hat ferner Widal festgestellt, dafs ersterer für gewöhnlich nur Erysipel, letzterer Eiterung erzeugt und dies auf verschiedene Virulenz desselben Streptococcus zurückzuführen sei. Der Beweis für letztere Thatsache ist besonders durch die klinischen Beobachtungen Petruschkys erbracht; typisches Erysipel kann demnach auch beim Menschen durch Streptokokken, die nicht von einem Erysipelkranken stammen, erzeugt werden. Das Kapitel Pathologie enthält als ersten Artikel die Beschreibung der Inkubationsdauer bei experimenteller Übertragung und spontanem Auftreten; für beide Arten herrscht ziemliche Übereinstimmung, indem bei ersterer die Inkubationszeit im Durchschnitt 7—47 Stunden, bei letzterer in manchen Fällen ebenso lange, in anderen 4—22 Tage betrug. Ein Prodromalstadium fehlt im allgemeinen beim Rotlauf. Zwischen der Dauer der Inkubation und dem Verlauf der eigentlichen Krankheit besteht kein Abhängigkeitsverhältnis. Ebensowenig spielen Alter, Geschlecht und Konstitution eine ausschlaggebende Rolle, wenn auch feststeht, dafs das weibliche Geschlecht besonders zu Erysipel disponiert. Der Abschnitt „Krankheitserreger und Verlauf" bespricht die bekannten Erscheinungen an der äufseren Haut und an den Lymphdrüsen, die Charaktere des Exanthems, seine gesetzmäfsige Ausbreitung, die dabei vorkommende Blasenbildung (Erysipelas bullosum) und Gangrän, des weiteren den Fieberverlauf beim gewöhnlichen Erysipel und bei dem Erysipelas migrans (Kurven und Totalansicht mit den eingezeichneten täglichen Fortschritten). Das Erysipel der Schleimhäute beginnt ähnlich wie das der äufseren Haut mit örtlichen und Allgemeinerscheinungen und geht oft vom Rachen durch die Nase auf die äufsere Haut über, auch Wanderung durch den Thränennasenkanal und durch das innere und äufsere Ohr auf die Haut ist beobachtet worden. Viel ernster, aber ebenfalls selten ist das Erysipel des Kehlkopfes, welches sowohl primär wie sekundär vorkommt; Larynxstenose ist ein oft schon nach wenigen Stunden eintretendes Symptom, manche Fälle von Larynxödem gehören wahrscheinlich hierher, möglicht frühzeitige Tracheotomie kann nur vor dem Erstickungstode retten. Die Fortsetzung auf die Bronchien und das Lungengewebe bietet nichts Charakteristisches aufser etwa ihr rasches Auftreten und Verschwinden; auch eine primäre erysipelatöse Pneumonie kommt vor. Unter den Begleit- und Folgeerscheinungen des Erysipels nehmen die Störungen der Gehirnthätigkeit die erste Stelle ein, Kopfschmerz besonders bei Gesicht- und Kopfrose, Unruhe, Delirien (häufiger, wenn auch die behaarte Kopfhaut befallen ist). Von Begleiterscheinungen seitens der Haut kommen subcutane Abscesse vor, welche sich unmittelbar an das Erysipel anschliefsen können, aber selten gröfsere Ausdehnung annehmen, ferner Hautgangrän besonders an den Stellen, wo die Haut ohne schützendes Fettpolster unmittelbar dem Knochen aufliegt, Eiterung in den Stirn- und Oberkieferhöhlen, in der Ohrspeicheldrüse und nicht selten im inneren Ohr. Akute Nephritis ist ziemlich selten, sterile Albuminurie jedoch häufig. Ein eigenes Kapitel handelt über „Rückfälle und Recidive des Erysipels und habituelles Erysipel". Es ist bekannt, dafs die Neigung zu Recidiven bei keiner akuten Krankheit so grofs ist wie beim Erysipel; durch die einmal überstandene erysipelatöse Infektion wird also keineswegs Immunität erworben. Bei dem Rückfall, der kurz nach dem ersten Anfalle auftretenden Wiederholung der Krankheit, kann derselbe Hautbezirk von der Rose wieder betroffen werden wie beim Hauptanfalle. Die Rückfälle kommen im allgemeinen weit seltener vor als die Recidive. L. erlebte bei seinen 140 Kranken 5% = 7 Rückfälle, hingegen 18,2% = 27 Recidive. Chronische Katarrhe der Nasenschleimhaut, der Thränenwege und das chronische Ulcus cruris, besonders auf variköser Grundlage, begünstigen die Wiederkehr der Rose. Frauen werden 3—4mal häufiger als Männer betroffen. Die Neigung

zu Recidiven ist derartig ausgesprochen, dafs die Bezeichnung „habituelles Erysipel" berechtigt ist. Ein eigenes Kapitel ist dem Erysipel der Neugeborenen, welches als sehr gefährliche, jetzt aber seltener gewordene Krankheit gilt, und dem der Säuglinge und älteren Kinder gewidmet; die skrophulösen Rhagaden sind ein beliebter Ausgangspunkt der Gesichtsrose, ferner das Kopfekzem, Wundsein an den Genitalien und am Anus. Bei dem habituellen Erysipel der Kinder, glaubt jedoch L., laufen viele örtliche Entzündungen mit unter, wie man sie besonders bei chronischer skrophulöser Rhinitis häufig im Bereiche der Nase und deren Umgebung sieht. Das Erysipel als Komplikation bei anderen Krankheiten oder nach Ablauf derselben ist deshalb wichtig, weil für viele chronische Kranke das Erysipel die Todesursache ist, und bei akuten Krankheiten, besonders Typhus abdominalis störend eingreifen kann. Die Beziehungen zwischen Scharlach und Erysipel beleuchtet L. auf Grund von vier selbst beobachteten Fällen, die genau beschrieben werden, nach allen Seiten hin, wenn demnach die Hypothese viel Bestechendes hat, dafs Erysipel, Puerperalfieber und Scharlach durch gleichartige Mikrobien erzeugt werden, so möchte L. diese noch nicht als feststehend ansehen, den Streptokokken jedoch beim Scharlach eine sekundäre Rolle als Erreger der Komplikationen zuschreiben. Die Diagnose, welche im allgemeinen als leicht hingestellt wird, und der pathologisch-anatomische Befund (1 Farbendruck) sind in kurzen Kapiteln erörtert; ebenso Prognose und Mortalität, welch letztere nach den verschiedenen Statistiken zwischen 0,85% (kgl. preufsische Armee) und 10% schwankt, bei neugeborenen Kindern jedoch viel höher ist. Bezüglich der Prophylaxe ist vor allem geboten, letztere, ebenso wie Wöchnerinnen vor jeder Berührung mit Rotlaufkranken zu bewahren. Das Kapitel Behandlung bringt der Reihe nach viele der zahlreichen Mittel, welche bisher gegen Erysipel empfohlen worden sind, die Einschnürungs- (Heftpflaster-) Methode Wölflers, die Kollodiumeinpinselung von Niehaus, das vielgepriesene Ichthyol, von welchem L. keineswegs eine auffallend günstige oder gar spezifische Wirkung sah, Einpinselungen mit Jodtinktur und verschiedenen anderen Substanzen und schliefslich die Karbolinjektionen nach Hüter. L. wählt, wohl in Übereinstimmung mit den meisten Ärzten, die einfachste Behandlung: reine Vaseline oder Borvaseline oder Umschläge von Bor-, Salicyl- oder Bleiwasser auf die entzündeten Stellen und deren Umgebung, der Vaselinüberzug wird im Gesicht zweckmäfsig mit einer locker befestigten Maske geschützt. Bei grofser Unruhe, Schlaflosigkeit und hohem Fieber sind 2—3 mal täglich wiederholte, 5—10 Minuten lange, laue (24—26° R.) Bäder mit kalten Begiefsungen allen anderen Mitteln vorzuziehen. Von inneren Mitteln ist höchstens Digitalis bei Leuten über 40 Jahre oder noch eher Digitoxin angezeigt. Das Marmorekksche Antistreptokokkenserum wandte L., direkt aus Paris bezogen, in zwei Fällen an, glaubt aber von weiteren Versuchen, auch in prophylaktischer Hinsicht, abraten zu müssen. Anhangsweise sind auch die Heilwirkungen des spontanen oder willkürlich hervorgerufenen Rotlaufes (Erysipèle salutaire) erwähnt und einige schon allgemein bekannte Fälle ersterer Art angeführt; gegen die Heilungsbestrebungen durch das Erysipel sei schliefslich deshalb nichts einzuwenden, da es sich stets um sonst verlorene Fälle handelte. Dem Erysipeloid, einer zoonotischen Wundinfektionskrankheit ziemlich unschuldiger Natur, sind einige Seiten als Schlufs des Buches gewidmet. Die erst kürzlich darüber von Delbanco erschienene Arbeit ist in diesen Blättern (Bd. 28, S. 652) bereits besprochen. Verwechselungen mit dem Erysipel können in den seltenen Fällen vorkommen, wo das Erysipeloid im Gesicht erscheint, bei letzterem fehlt aber Fieber und jede sonstige Störung des Allgemeinbefindens; das Erythema multiforme, welches differentialdiagnostisch ebenfalls in Betracht zu ziehen ist, kommt ferner an mehreren Stellen

der Oberhaut vor. Die Prognose des Erysipeloids ist durchaus günstig, nach 5 bis 6 Tagen, in den schlimmsten Fällen nach 2—3 Wochen, tritt spontaner Stillstand ein, Recidive sollen nicht vorkommen. Therapeutisch ist Schutzverband und Bedeckung mit milden Salben oder Borwasser zu empfehlen. *Stern-München.*

Ein Beitrag zur Lehre von der Alopecia praematura, von Edmund Saalfeld-Berlin. Hierzu 8 Tabellen. (*Virch. Arch.* 1899. Bd. 157. Heft 1. S. 77.) Saalfeld hatte es sich zur Aufgabe gesetzt, einmal die Übertragungsversuche Lassars, welche schon so weit zurückliegen (1882) nachzuprüfen, und zweitens Klarheit darüber zu schaffen, ob und welche Krankheitserreger der Alopecia praematura nachzuweisen wären. S. hat sehr umfangreiche Experimente an Kaninchen, Meerschweinchen und weifsen Mäusen angestellt. „Diese ganzen Versuche zeigen, dafs eine experimentelle Übertragbarkeit des Haarausfalles, analog dem beim Menschen auftretenden Haarausfall nebst seiner Begleiterscheinung, der Schuppenbildung, in keinem einzigen Falle gelungen ist. Eine leichtere Entfernbarkeit der Haare, bezw. atypischer Haarausfall kam mehrfach zu stande, allein nicht blofs da, wo Haare als supponierte Causa nocens in Frage kamen, sondern auch da, wo sie weggelassen, und nur ein indifferentes, nicht ranziges Fett verwendet wurde; ja noch mehr: der Haarausfall bezw. die leichtere Entfernbarkeit zeigte sich auch da, wo eine einmalige Hautreizung mit einem einfachen Borstenpinsel vorgenommen war. Aber auch bei diesen in Frage stehenden Versuchen ergab sich kein eindeutiges Resultat, wie die Tabellen zeigen, indem bei einem Teil der Versuchstiere eine Alteration des Haarwachstums bewirkt wurde, bei einem anderen Teil dagegen durch dieselben, unter gleichen Bedingungen angestellten Manipulationen die Versuchstiere sich so verhielten, als ob mit ihnen überhaupt nichts vorgenommen wäre. Ein Effekt, der mit den von Lassar und Bishop erzielten Resultaten zu vergleichen wäre, wurde nur hervorgerufen durch täglich vorgenommene Einreibungen mit ranzigem Öl, ähnlich wie bereits Michelson mitgeteilt hatte. Das Resultat der zahlreichen Versuche entspricht also vollkommen den Anschauungen, welche, wie oben gezeigt, die überwiegende Mehrzahl der Autoren in dieser Beziehung „gegen die Richtigkeit der parasitären Theorie ausgesprochen haben." — Aus der grofsen Zahl der Mikroorganismen, welche auf der erkrankten Kopfhaut vegetieren, gelang es S., eine oder mehrere bestimmte Arten zu isolieren, welchen eventuell ein Einfluſs auf den Haarausfall zugeschrieben werden könnte. S. hält es nicht für ausgeschlossen, dafs die Mikroorganismen, über welche genaue Angaben gemacht werden „zum Teil mit denen Unnas und Sabourauds identisch sind." — Referent erscheint es, als ob Saalfeld geneigt ist, den schwankenden Begriff der Alopecia praematura der Seborrhoe einzuordnen. Eine scharfe Definition der Alopecia praematura giebt es jedoch nicht; in obigen Sätzen nennt er die Schuppenbildung eine Begleiterscheinung des Haarausfalles. So lange aber nicht durch eine genaue differentielle Diagnostik zwischen der Alopecia senilis und dem gewöhnlichen Endstadium der Alopecia seborrhoica deren Verschiedenheit erwiesen ist, so lange ist an die Klarstellung des Begriffes der Alopecia praematura gewifs nicht zu denken, da dieser Begriff doch nur einen Sinn hat, wenn man ihn einer Alopecia non praematura sive senilis gegenüber stellen kann. Ob weiter negativ ausfallende Tierversuche für oder gegen die parasitäre Theorie überhaupt etwas bedeuten? Zunächst fragt es sich doch, ob bei den angewandten Tierarten dem seborrhoischen Katarrh der menschlichen Haut analoge Zustände überhaupt vorkommen. Auf diese Frage ist Saalfeld garnicht eingegangen. *Ernst Delbanco-Hamburg.*

Die gonorrhoische Gelenkentzündung, von E. Bennecke. Mit einem Vorwort von F. König. (Berlin, 1899. Verlag von A. Hirschwald.) Gestützt auf eine

nahezu vollständige Sammlung der Litteratur über die blennorrhoische Gelenkentzündung vom Jahre 1664 an entwickelt der Verfasser die Anschauungen, welche auf Grund der Beobachtungen der chirurgischen Universitätsklinik der Königl. Charité zu Berlin gewonnen worden sind. Im allgemeinen Teil giebt er die geschichtliche Entwickelung unserer Kenntnisse über diese Komplikation des Trippers, die allgemeine Symptomatologie, Therapie, Prognose, Ätiologie und Diagnose, um dann im speziellen Teile die blennorrhoischen Entzündungen der Knie-, Hüft-, Hand-, Fufs-, Schulter- und Ellenbogengelenke gesondert für sich zu besprechen.

Verfasser bemerkt, dafs wir jetzt „in der Blennorrhoe eine Krankheit sehen, die eine ausgesprochene Neigung zur Verallgemeinerung zeigt im Sinne der Metastasenbildung und vielleicht auch der Toxinwirkung."

Die Monographie ist eine wertvolle Bereicherung der Blennorrhoelitteratur.

I. Bloch-Berlin.

Jahresbericht über die Fortschritte in der Lehre von den pathogenen Mikroorganismen, 1897, zweite Hälfte, von Baumgarten und Tangl. Wir wollen an dieser Stelle nur empfehlend auf das Erscheinen der zweiten Hälfte des 13. Bandes dieses vorzüglichen Nachschlagewerkes hinweisen. Weitere Empfehlungen oder Lobpreisungen erscheinen vollständig überflüssig. *F. Hahn-Bremen.*

Über die Tätowierung bei den Prostituierten, von Le Blond und A. Lucas. (Société d'Éditions Scientifiques. Paris, 1899.) Das ganze Werkchen ist ohne jedes wissenschaftliche Interesse und ohne tieferen Wert. Der gröfste Teil desselben ist ausgefüllt mit Abbildungen aller möglichen Tätowierungen, wie sie den Körper der Prostituierten zieren oder vielmehr möchte man sagen „verunzieren". Für den, der sich mit der Prostitution oder der Hauttätowierung näher beschäftigt, bieten die Mitteilungen der beiden Autoren vom Pariser Hôpital Saint-Lazare nichts Neues. Die Versuchsmethoden, die in die Haut hineintätowierten Zeichen wieder zu entfernen, werden nur flüchtig erwähnt. Am meisten bewährt hat sich nach den Verfassern in dieser Hinsicht das Vorgehen Variots und Julliens, nach dem im Bereich der zu detätowierenden Stelle der Haut eine konzentrierte Tanninlösung durch Stichelung mittels feiner Tätowiernadeln in die oberflächlichen Hautschichten eingeführt wird. Darüber wird unter starkem Reiben mit dem Lapisstifte gestrichen, bis sich eine Schicht von schwarzem Silbertannat gebildet hat. Hierauf wird die überflüssige Silbersalzlösung abgespült. Unter Tanninpuderung heilt der Schorf in einigen Tagen ab. Schmerzen und entzündliche Erscheinungen sind bei dieser Methode nur geringfügiger Natur. *Hopf-Dresden.*

Die Akne (Acne vulgaris, Acne rosacea etc.) und ihre Behandlung, von Jessner. (Dr. Jessners Dermatol. Vorträge f. Praktiker. Heft 2. Stubers Verlag. Würzberg, 1899.) Der Verfasser schildert im vorliegenden Hefte die Anatomie, den Verlauf und die Behandlung der Acne vulgaris und rosacea in einer für den praktischen Arzt ungemein klaren und übersichtlichen Weise. Nebenbei giebt er noch eine kurze Schilderung der Acne varioliformis, necrotica, cachecticorum u. s. w. und ihrer Therapie. Der reichhaltige Rezeptschatz des Büchleins wird dem Praktiker manchen guten Dienst leisten. *Hopf-Dresden.*

Dermato-histologische Technik, ein Leitfaden für Ärzte und Studierende, von Joseph-Berlin und Löwenbach-Wien. (Louis Marcus. Berlin, 1900.) Die Verfasser geben im vorliegenden Buche, das sich durch eine gewisse Kürze und Präzision angenehm auszeichnet, andererseits alle Färbemethoden weder bringt noch bringen will,

eine klare Übersicht über die in der neueren Dermatohistologie erforderlichen technischen Apparate. Die ersten Abschnitte schildern die Untersuchung von Haut in frischem Zustand, entweder in Schnitten oder auf anderem Wege gewonnen, der zweite selbstredend umfangreichste Teil, die Untersuchungsmethode der Haut im konservierten Zustand. Einleitend werden die verschiedenen Härtungsverfahren (Alkohol, Müllersche Lösung, Müller-Formol, Sublimat-Pikrinsäure) und das Einbettungsverfahren abgehandelt (Celloidin, Paraffin, Pthotoceytin), sowie das Schneiden und Behandeln der Schnitte. Die einzelnen Färbemethoden gehen die Verfasser an der Hand der anatomischen Bestandteile der menschlichen Haut durch. Ein Kapitel ist den Färbungen der Mikroorganismen und Parasiten der Haut gewidmet. Der Joseph-Löwenbachsche Leitfaden der Dermatohistologie wird sich sicher viele Freunde erwerben. *Hopf-Dresden.*

Mitteilungen aus der Litteratur.

Lokale Infektionskrankheiten.

a. der Oberhaut.

Über die angebliche antiseptische Behandlung des Herpes tonsurans, klinischer Vortrag von Calderone. (*Rif. med.* 1899. II. No. 65.) C. stellt die sich zum Teil widersprechenden Resultate mit der sog. antiseptischen Kur der Mykosen einander gegenüber und konstatiert, dafs von den zahlreichen in diesem Sinne angewendeten Medikamenten nur dem Jod, Chrysarobin und vielleicht noch der Salicylsäure eine gewisse Wirkung zugeschrieben werden kann; diese Stoffe vermögen übrigens auf dem Haarboden die Pilze nicht zu zerstören, sondern nur in ihrem Wachstume zu beschränken. Unbedingt mufs ihre Anwendung gleichzeitig durch mechanische Entfernung der Pilze unterstützt werden. *C. Müller-Genf.*

Histologische Befunde bei Herpes tonsurans maculosus et squamosus mit Pityriasis rosea, von Georg Loewenbach. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1899. No. 23.) Die Frage der Identität der Pityriasis rosea und des Herpes tonsurans maculosus et squamosus sind verschieden beantwortet. Die Untersuchung auf Mikroorganismen haben Tandler und Unna dazu geführt, die Identität zu leugnen, da sie bei Pityriasis rosea keine Erreger gefunden. Kaposi, Scharff, Riehl ist es überhaupt beim Herpes tonsurans maculosus et squamosus nicht gelungen, Pilze zu finden, so dafs ein negativer Befund nichts beweist. Verfasser hat nun gesucht, histologisch die Antwort zu finden. Es kennzeichnet sich die Pityriasis rosea durch die hell- oder gelblich rosa Farbe, den Beginn in Hirsekorngröfse; der Fleck ist fast gar nicht über die Umgebung erhaben; bei peripherer Ausbreitung bleibt das Centrum gelblich, die Peripherie ist lachsfarbig, sich aus dicht gedrängten, hirsekorngrofsen Einzeleffloreszenzen zusammensetzend; Schuppung sehr gering. — Der Herpes tonsurans maculosus et squamosus zeigt einen höheren Grad lokaler Entzündung, eine rote, bläulichrote Farbe, etwas oder auch stark über die Umgebung erhabene Efflorescenzen, periphere Ausbreitung in Kreisen, die sich nicht aus Einzeleffloreszenzen zusammensetzen und bedeutende Schuppenbildung. — Differenz ist klinisch eine mehr graduelle. Histo-

logisch ergaben sich bei den typischen Efflorescenzen der Pityriasis rosea relativ tiefgehende Veränderungen, bestehend in Parakeratose und Akanthose mit intercellulärem Ödem und Leukocytose, aufserdem mächtige Infiltration der Pars papillaris et subpapillaris mit scharfer Abgrenzung nach der Tiefe hin. Beim Herpes tonsurans ist die Epidermis mehr verändert (Parakeratose, Akanthose, starkes entzündliches Ödem), die Cutis weniger (Ödem mit geringem entzündlichen Nebencharakter) und mehr diffus. — Jedenfalls ergiebt das mikroskopische Bild Differenzen zwischen beiden Leiden in Bezug auf In- und Extensität. Daraufhin aber beide Leiden ganz von einander zu trennen, kann Verfasser sich nicht entschliefsen.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Beitrag zur Frage des Pemphigus foliaceus, von Truffi. (*Morgagni.* Mai 1899.) Verfasser bringt zwei ausführliche Krankengeschichten und knüpft daran Betrachtungen hauptsächlich über die Terminologie, die ihm vollständig ungerechtfertigt erscheint. Bis eine übersichtlichere Bezeichnung gefunden worden ist, schlägt er vor, nach dem Vorschlage von Besnier die Dermatose zu benennen: primäres gemischtes, exsudatives, bullöses und exfoliatives Pemphigoid. Die beiden Fälle sind nach allen Richtungen ausführlich untersucht worden. Hervorzuheben ist vielleicht die Ehrlichsche Diazoreaktion des Harns, auf welche andererseits wenig Wert gelegt wurde. *C. Müller-Genf.*

Pemphigus foliaceus neonatorum, von Hillier. (*Brit. med. Journ.* 19. November 1898.) Ein zehn Tage altes Kind bekam am Stamm, im Gesicht und an den Beinen mächtige, schlappe Blasen. Zwei Tage später starb das Kind, nachdem fast die Hälfte der Körperoberfläche der Epidermis entblöfst war und wie verbrüht ausgesehen hatte. Eine Ursache für die Erkrankung konnte nicht aufgefunden werden. Die Mutter war eine gesunde Primipara, die ein völlig normales Wochenbett durchmachte. Der Vater war kerngesund, hatte ebenso wie seine Frau niemals Syphilis gehabt. Die sozialen wie die Wohnungsverhältnisse der Familie waren sehr gute.

C. Berliner-Aachen.

b. *der Cutis.*

Ein Fall schweren komplizierten Erysipels nach ritueller Circumcision, von Heinrich Stein. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1899. No. 25.) Ein schweres Erysipel mit zahlreichen multiplen Abscessen, welches sich an die von einem Laien ausgeführte rituelle Circumcision bei einem Neugeborenen anschlofs, giebt dem Verfasser Anlafs für ein Verbot der Ausführung der rituellen Circumcision durch Laien zu plaidieren.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Zwei Fälle von Erysipel, welche mit Antistreptokokkenserum behandelt wurden, von W. Murrel und F. F. Bond. (*Lancet.* 24. Juni 1899.) I. Eine 27jährige Frau, mit Erysipelas faciei am zweiten Krankheitstage aufgenommen. Die Entzündung hatte das ganze Gesicht, den Kopf und den Hals bis zum Zungenbein herab ergriffen. Temperatur 39,6°. Bewufstlosigkeit. Am selben Tage sowie an den drei folgenden wurde je eine Injektion von Serum nebst Stimulantien gegeben. Das Gesicht wurde mit Zinkoxyd und Stärkemehl eingepudert. Am siebenten Tage nach Beginn der Behandlung war Patientin wohl genug, um aufstehen zu können. — II. Ein 16jähriges Mädchen, am Tage der Erkrankung aufgenommen, erhielt sogleich und an den zwei folgenden Tagen je eine Injektion. Die im Anfang recht intensive Entzündung war binnen acht Tagen geheilt. — Man giebt die Einspritzungen am besten in die Bauchhaut unterhalb und zur Seite des Nabels. Verfasser wenden dieselbe ziemlich oft bei verschiedenen Entzündungsprozessen an. *Philippi-Itzehoe.*

Ein Fall von Elephantiasis congenita, von MAINZER. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1899. No. 27.) Verfasser beschreibt ein vierjähriges Kind, bei dem seit der Geburt eine Elephantiasis bestand, die durchaus einer erworbenen Elephantiasis ähnlich sah. Die Veränderung betraf den linken Arm, beide Unterschenkel und die Geschlechtsteile; die Haut war trocken, rauh, in ihrer Färbung kaum verändert und liefs sich nicht in Falten abheben. Die Ätiologie des Falles war ganz unklar; Schnürfurchen durch amniotische Stränge kamen nicht in Betracht. Die Therapie bestand in Einwickelungen und Massage und schien einigen Erfolg zu haben.

F. Hahn-Bremen.

Acne excorians der jungen Mädchen und ihre Behandlung, von BROCQ. (*Revue gén. de clin. et de thérap.* 1898.) Bei Mädchen von 13—30 Jahren beobachtet man nicht selten eine Art der Akne, bei der die Trägerin des Leidens sich durch eine Art von „Manie" veranlafst sieht, die affizierten Stellen zu zerkratzen und mit Nadeln zu zerstechen, bis das ganze Gesicht durch blutige Exkoriationen entstellt ist. — Verfasser empfiehlt eine Suggestionstherapie, welche die Kranken verhindert, sich das Gesicht zu zerkratzen. — Die innere Behandlung mufs eventuell viscerale Affektionen berücksichtigen und vor allem die Verdauungsfunktionen durch richtige Ernährung regeln. Es giebt aber kein internes Specificum bei Akne. In sehr rebellischen Fällen sah Verfasser sehr gute Erfolge von Bierhefe (zwei- bis dreimal täglich in Form einer Paste in etwas Wasser aufgelöst, in der Dosis von ½ Kaffeelöffel bis zu 1 Esslöffel). Die externe Therapie beschränkt sich auf die sehr wirksamen heifsen Waschungen (morgens und abends) mit nachfolgender Salbe: β-Naphtoli, Camphorae ā 0,25, Resorcini 0,02, Sapon. virid. 0,60, Cretae praepar. 0,30, Sulfur. praecip. 2,0, Vaselini (Lanolini) ā 10,0. *I. Bloch-Berlin.*

Durch den EBERTHschen Bacillus verursachte Abscesse im Unterhautzellgewebe, von MALENCHINI und PIERACCINI. (*Lo Sperimentate.* 1899. Heft I.) Eine Patientin mit Typhus hatte in die Schenkelgegend verschiedene subcutane Coffeininjektionen erhalten. Bald danach bildeten sich an den Injektionsstellen Abscesse aus. Mit dem Eiter derselben wurden Kulturen angelegt, welche das Vorhandensein des EBERTHschen Bacillus in demselben ergaben. Derselbe erwies sich zuerst als sehr wenig virulent, wurde es aber nach mehrmaligem Übertragen auf das Peritoneum von Meerschweinchen. Offenbar hatte sich der im Blute zirkulierende Bacillus an den Injektionsstellen als loci minoris resistentiae lokalisiert und die Abscesse hervorgerufen. *C. Müller-Genf.*

Ungewöhnliche Formen diphtheritischer Erkrankungen, übertragen durch eine Hebamme, von HASSENSTEIN. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1899. No. 25.) In der grofsen Familie einer Bezirkshebamme kamen mehrere Erkrankungen an Diphtherie vor; auch einige Nachbarskinder wurden infiziert; trotzdem ging die Frau ihrem Berufe weiter nach und steckte eine Wöchnerin und deren Kind an; die Wöchnerin erkrankte an ausgebreiteten diphtheritischen Geschwüren der Vulva und Vagina und genas bald nach Serumeinspritzung; beim Säugling stiefs der Nabelschnurrest brandig ab, es bildete sich ein tiefes Geschwür und eine ausgebreitete harte Infiltration der Bauchdecken, die zwar nach Seruminjektion auch zum Stillstand kam, aber doch mehrfache chirurgische Eingriffe zur definitiven Heilung erforderte. Die Hebamme wurde abgesetzt und mit Gefängnis bestraft. Verfasser knüpft hieran einige Vorschläge zur Verbesserung des Hebammenwesens durch Hebung des Standes und Heranziehung von gebildeten unabhängigen Mädchen. *F. Hahn-Bremen.*

Zur Kasuistik der Gesichtsfurunkel, von Lympius. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1899. No. 29.) In beiden Fällen handelte es sich um erhebliche furunkulöse Entzündungen des Gesichts, ausgehend von den Lippen, die einige Tage bestanden hatten, ehe energisch eingegriffen wurde; im ersten kam es zur Heilung, nachdem mehrere Gelenke eitrig entzündet waren, dazu ein altes Ohrenleiden exacerbiert war; der zweite Fall endete letal, denn ca. $^3/_4$ Jahre nach Heilung der ersten Erkrankung, von der eine Facialisparese zurückgeblieben war, trat der Exitus ein und bei der Sektion fanden sich im Gehirn zwei Abscesse. *F. Hahn-Bremen.*

Über die Excision einiger Karbunkel, von R. Parker-Liverpool. (*Brit. med. Journ.* 26. Nov. 1898.) Die Excision und Auskratzung des Karbunkels ist ebenso rationell, wie die Excision tuberkulöser Drüsen und die Auskratzung des Lupus. — Verfasser berichtet zu den zwölf bereits publizierten Fällen über weitere fünf, von denen einer einen letalen Ausgang nahm, weil die Operation zu spät und zu einer Zeit vorgenommen worden war, wo der 60jährige Patient durch das Fieber, die Schmerzen und Schlaflosigkeit schon ganz erschöpft war. *C. Berliner-Aachen.*

Über den Anthrax, von Reynier. (*Journ. des Praticiens.* 10. Juni 1899.) In der eingehenden Abhandlung wird zunächst die pathologische Anatomie und die Ätiologie des Karbunkels besprochen. Bei der letzteren weist Verfasser darauf hin, dafs durch Impfungen mit Staphylococcus pyogenes aureus kein Karbunkel erzeugt werden kann; ein solcher entsteht nur dann, wenn die Kokken in eine Talgdrüse der Haut eingedrungen sind und günstige Bedingungen für ihre Entwickelung vorfinden. Bei gesunden, kräftigen Menschen wird durch Infektion einer Hautdrüse mit Staphylokokken nur eine Aknepustel, eventuell ein Furunkel verursacht, bei Menschen, die durch vorausgegangene oder noch bestehende Krankheiten, wie Diabetes, Nephritis, Leberaffektionen etc. geschwächt sind, kann eine solche Infektion zur Bildung eines Anthrax führen. — Leichte Fälle von Anthrax (anthracoide Furunkel), bei denen die Adenitis und Periadenitis die tiefen Schichten des Derma nicht überschreitet, verlaufen gewöhnlich ohne oder wenigstens ohne hohes Fieber, aber mit heftigen Schmerzen; diese lassen nach, sobald der Eiter nach aufsen abfliefsen kann. In Fällen von schwerem Anthrax dagegen, bei denen sich Eiterherde unter der Haut im subcutanen Zellgewebe gebildet haben, nehmen Fieber und Schmerzen beim Beginne des Eiterabflusses noch zu; die Geschwulst vergröfsert sich, es treten Schüttelfröste, Delirien auf, bis die tiefliegenden Herde eröffnet werden. — Bezüglich der Prognose ist zu bemerken, dafs das Fehlen von Schmerzen, sowie das Verschwinden der Patellarreflexe prognostisch sehr ungünstige Momente darstellen, weil sie schwere Veränderungen des Nervensystems beweisen. — Bei der Besprechung der Therapie warnt der Verfasser eindringlich davor, einen Karbunkel durch Pressen und Drücken zu irritieren; denn dadurch kann Eiter in das subcutane Zellgewebe, unter Umständen auch in eine Vene hineingepreſst werden. — Bei leichten, fieberlos verlaufenden Fällen von Anthrax wird tagsüber der Spray appliziert; verstäubt wird 1%ige Karbolsäure- oder $^1/_2$%ige Sublimat- oder Borsäurelösung, letztere besonders, wenn Nierenaffektionen bestehen; für die Nacht wird ein feuchter Verband mit schwacher Sublimatlösung angelegt. Unter dieser Behandlung, die allerdings meist sehr lange fortgesetzt werden mufs, heilen oft auch schwere Fälle von Anthrax, selbst bei Diabetikern. Verläuft der Karbunkel mit hohem Fieber, so mufs rasch und tief incidiert werden und zwar am besten in Form eines Kreuzschnittes; es empfiehlt sich die Incision mit dem Thermokauter zu machen, weil dadurch Blutungen, sowie das Eindringen von Mikrobien und septischen Stoffen in die Gefäfse vermieden werden. Nach der Operation wird bis

zur vollständigen Reinigung der Wunde der Spray appliziert, dann werden bis zur Heilung antiseptische Verbände angelegt. *Götz-München.*

Milzbrand der Zunge mit Ausgang in Heilung nebst Bemerkungen zur Behandlung des Milzbrandkarbunkels, von Rammstedt. (*Münch med. Wochenschr.* 1899. No. 19.) Bei einem Arbeiter, der mit Schüttelfrösten, Kopfschmerzen und Husten erkrankt war, wurde bei der Aufnahme ins Spital am fünften Tage nach Beginn der Erkrankung folgender Befund aufgenommen: Temperatur 39,2°. Das Gesicht ist leicht cyanotisch verfärbt und geschwollen, desgleichen die Gegend hinter den Kieferwinkeln, der Mundboden, der vordere Halsteil, sowie die Drüsen am Halse. Der Mund kann nur wenig geöffnet werden, zwischen den Zahnreihen ragt die blaurot verfärbte, enorm vergrößerte Zunge um mehrere Centimeter hervor; die seitlichen Teile und die Spitze der Zunge sind durch den Druck der Zähne unter Bildung einer Furche gleichsam abgetrennt. An der unteren Fläche der Zunge, etwa 1 cm hinter der Spitze, findet sich eine tief eingezogene, gut markstückgroße, beinahe kreisrunde, schwarzbraune, brandige Stelle, die auf den Mundboden übergreift und mit schmierigem Sekret belegt ist. Auch der hintere Teil der Zunge, Gaumenbögen und Tonsillen sind stark geschwollen. Eine erweichte oder fluktuierende Stelle kann nicht gefunden werden. Es besteht geradezu aashafter Fector ex ore. Auf der Lunge rechts hinten unten handbreite Dämpfung; starker Hustenreiz, schleimig-eitriger, hämorrhagischer Auswurf. Nach diesem Befunde konnte es sich um eine einfache Glossitis mit beginnender Mundbodenphlegmone oder um Milzbrand handeln; auf Grund des Fehlens jeder Fluktuation, der rapid fortschreitenden Nekrose der Zungenspitze und der weit ausgedehnten ödematösen Infiltration wurde die Diagnose auf Milzbrand der Zunge gestellt. In der That wurden im Sekret und in Gewebsstückchen von der gangränösen Stelle der Zunge Milzbrandbacillen gefunden, während Blut und Sputum fern von solchen war. — Die Therapie bestand lediglich in der Verabreichung von Eisstückchen per os, Auflegen einer Eiskravatte um den Hals und Spülungen des Mundes mit essigsaurer Thonerdelösung; außerdem wurden bei kräftiger Diät Excitantien, besonders Alkoholika in konzentrierter Form und gegen den Husten Senega mit Morphium gegeben. Unter dieser Behandlung trat rasch Besserung ein; am siebenten Tage fiel das brandige Zungenstück ab, dasselbe war hufeisenförmig, ging durch die ganze Dicke der Zunge hindurch und war an der Spitze 2 cm, an den Seiten über 1 cm breit. Nach drei Wochen wurde der Patient geheilt entlassen; Sprechen und Schlingen waren nach eingetretener Heilung nicht beeinträchtigt. — Der Verlauf dieses schweren Falles spricht deutlich für die rein konservative Behandlung des Milzbrandkarbunkels. Nach Ansicht des Verfassers ist bei Anthrax maligna jeder chirurgische Eingriff, sei es Exstirpation der Pustel oder Incisionen oder subcutane Karbolinjektionen, direkt gefahrbringend, weil durch die Eröffnung der Blutbahn eine Allgemeininfektion erleichtert wird. Übrigens pflegt sich bei äußerem Milzbrand die Gangrän auch ohne chirurgischen Eingriff immer in überraschend mäßigen Grenzen zu halten.

Götz-München.

Über einen Fall von Noma faciei, von Fr. Passini und C. Leiner. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1899. No. 28.) Als Ursache der Noma sind von Ranke, Schimmelbusch, Babes etc. verschiedene Bakterien angegeben worden. Freymuth und Petruschky haben jüngst zwei Fälle von Noma mitgeteilt, bei denen sie Diphtheriebacillen fanden und durch Diphtherieserum einen Stillstand des Prozesses erzielten. Diesen Fällen reihen die Verfasser einen dritten an, bei dem sie vollvirulente Diphtheriebacillen gewannen und auch mikroskopisch in den Schnitten in großer Menge nachweisen konnten. Das Kind starb; ausgebreitete Tuberkulose und eine schwere Nierenerkrankung wurden

neben der Noma bei der Sektion gefunden. — Jedenfalls scheint festzustehen, dafs Noma auch unter Umständen durch Diphtheriebacillen ausgelöst werden kann.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über Noma und ihren Erreger, von Perthes. (*Arch. f. klin. Chir.* Bd. 59. Heft 1.) Verfasser gelangt auf Grund der histologischen Untersuchung zweier Fälle von Noma zu dem (übrigens auch von Privatdocent Dr. Seiffert unabhängig gefundenen) Ergebnis, dafs die Noma eine Mykose ist, die zu stande kommt auf dem Boden einer besonders durch Infektionskrankheiten, Masern, Typhus, schlechte Ernährungsverhältnisse und kindliches Alter geschaffenen Prädisposition. Sie wird hervorgerufen durch einen Keim, der in seiner botanischen Stellung etwa die Mitte hält zwischen den Bacillen und den höher organisierten Fadenpilzen. Dieser Mikroorganismus mufs in die Gruppe der Streptothricheen eingeordnet werden, deren bekanntester Repräsentant der Actinomyces ist. — Die Streptothrix der Noma bildet in dem erkrankten Gewebe Fäden von oft beträchtlicher Länge und Mächtigkeit. Aus diesen entstehen — nicht selten unter Bildung von Verzweigungen — feinere Fadenbildungen, die durch Aneinanderlegung und Verflechtung ein Mycel entstehen lassen. das an der Grenze zwischen lebendem Gewebe und nekrotischem Gebiet eine solche Dichtigkeit hat, dafs man fast sagen kann: Das Gewebe wurde ersetzt durch ein Fasergestrüpp. Die feinsten Endausläufer haben Spirillenform. Sie dringen in das noch lebende Gewebe vor, umspinnen die Zellen und verursachen ihren Tod.

I. Bloch-Berlin.

Über „chronische venerische Geschwüre" (chronic venereal sores) oder „Granuloma ulcerosum" nebst einem typischen Fall, von J. Maitland; Anmerkung von J. Galloway. (*Lancet.* 17. Juni 1899.) Aufser den obengenannten Bezeichnungen („Ulcerating granulosa" etc.) hat man der Affektion den Namen „Groin ulceration", „Leistengeschwüre" speziell im Gebiete von British Guiana beigelegt. Als paradigmatisch wird folgender Fall aus Madras mitgeteilt: Ein 30jähriger Hindu, Cigarrenarbeiter, kam mit ausgedehnter Geschwürsbildung am Penis und in der Leiste zur Aufnahme. Bei dem sonst gesunden und kräftig entwickelten Manne fand sich an der unteren Fläche der Glans und des Corpus cavernosum penis ein ziemlich ausgedehntes, nicht erhabenes Geschwür mit glatter Oberfläche, welche mit zahlreichen weifsen Flecken von neuentstandenem Epithel besetzt war. Das Leistengeschwür war 2½ Zoll lang und 1 Zoll breit, frei beweglich auf der Unterlage, ohne Induration. Die Oberfläche ist schmutzig-rosa, wachsartig, stellenweise mit einzelnen Haaren besetzt. Die bisherige Behandlung einschliefslich der Excision (welche mit starker Blutung verbunden war) war von geringem Erfolg begleitet. — Aufser solchen chronischen Fällen sieht man auch akuter verlaufende Erkrankungen, welche oft sehr intensive und ausgebreitete Zerstörungen anrichten. Gelegentlich führt das sonst wenig gefährliche Leiden durch konsekutiven narbigen Verschlufs von Urethra oder Mastdarm zum Tode. M. hat sogar zweimal eine Beteiligung der Mundhöhle beobachtet. Die Krankheit ist eine kontagiöse, venerische, auto-inokulable. Von Syphilis unterscheidet sie sich durch das Fehlen der Allgemeinsymptome. Es ist aber nicht selten, beide Krankheiten zusammen anzutreffen. Framboesie (Yaws) hat einige Ähnlichkeit damit, erreicht aber niemals so grofse Dimensionen, breitet sich hingegen über alle Teile aus. Aufser der Excision ist in therapeutischer Hinsicht das Auskratzen der Geschwüre und Anwendung der Wiener Ätzpaste zu empfehlen. — Galloway hat bei früherer Gelegenheit die histologischen Verhältnisse geschildert. In diesem Falle konstatierte er einen ähnlichen aber weiter vorgeschrittenen Befund: Plasmazellen in grofsen Mengen, fast gar keine Tendenz zur Verflüssigung, starke, beinahe angio-

matöse Erweiterung der Gefäfse und eine sehr dünne atrophische Epidermis. Im allgemeinen ist das Bild dasjenige eines „infektiösen Granuloms“ und hat einige Ähnlichkeit mit Yaws, ist dagegen von Syphilis und Tuberkulose durchaus verschieden.

Philippi-Itzehoe.

Antistreptokokken-Serum bei der Behandlung primärer, venerischer Geschwüre und ihrer Komplikationen, von James Moore. (*Brit. med. Journ.* 26. Nov. 1898.) Der Verfasser hat in den letzten acht Monaten 48 Fälle von akutem, entzündlichen Bubo nach dieser Methode behandelt, und nur in 7 Fällen kam es zur Vereiterung. Auch bei phagedänischem Geschwür ist das Antistreptokokken-Serum mit Erfolg angewendet worden. Verfasser teilt einige Krankengeschichten mit und zieht aus seinen bisherigen Erfahrungen folgende Schlüsse: 1. Ohne die grofse Bedeutung frühzeitiger, lokaler, antiseptischer Behandlung des Ulcus molle zu leugnen, glaubt Verfasser, dafs 5 ccm Serum subcutan in jede Inguinalseite injiziert, bei Fällen, in welchen ein entzündlicher Bubo sich zu entwickeln scheint, prophylaktisch wie therapeutisch vorteilhaft wirken. 2. Hat sich bereits ein entzündlicher Bubo entwickelt, und sind seit Ausbruch der Symptome nicht mehr als 48 Stunden verstrichen, so wird man mit 10 ccm Antistreptokokken-Serum in die der entzündlichen Drüse entsprechenden Leistengegend injiciert, in der Mehrzahl der Fälle Resolution erzielen. 3. Wenn es bereits zur Eiterbildung gekommen ist, dann kann das Serum vielleicht die Ausdehnung der Eiterung begrenzen. In letzterer Beziehung sind die Beobachtungen des Verfassers noch nicht abgeschlossen. 4. Bei phagedänischem Geschwür scheint das Serum nicht nur die Toxine im Blute zu neutralisiren, sondern auch einen gesunden Zustand des Geschwüres herbeizuführen. *C. Berliner-Aachen.*

Zur rationellen Therapie der Lymphadenitis inguinalis suppurativa, von Julius Brandl. (*Wien. klin. Blätter.* 1899. No. 27.) Verfasser tritt in erster Reihe für breite Incision aller fluktuierenden Bubonen ein; unter Lokalanästhesie oder Bromäthylnarkose werden dieselben breit eröffnet und mit scharfem Löffel ausgekratzt; darüber Kompressivverband. Von den weniger radikalen Methoden hat sich ihm nur die Langesche bewährt: kleine, 5—6 mm lange Einstichöffnung, Abfliefsenlassen des Eiters, Injektion von 1% Arg. nitr.-Lösung. Jedoch eignen sich für dieses Verfahren nur Fälle, in denen nur eine zusammenhängende Höhle besteht.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Eine neue Methode der Behandlung der Stomatitis ulcerosa, von Kissel. (*Arch. f. Kinderheilkde.* 1899. Heft 1 u. 2.) Vor allem mufs die allgemeine Behandlung in Betracht gezogen werden — gute Ernährung, Leberthran. Lokal hat er verschiedene Methoden angewandt. Bei Kindern, die er beständig unter den Augen hat, verfährt er folgendermafsen: häufiges Ausspülen der Mundhöhle mit sterilisiertem Wasser und einmal täglich mit schwacher Sublimatlösung; Auswaschen der Mundschleimhaut mit 3%iger Borsäurelösung und einmal täglich Betupfen mit Höllenstein. Eine andere Methode besteht im Abschaben der ulcerierten Partien mit dem scharfen Löffel und nachherigem Aufblasen von Jodoform. Im Ambulatorium beschränkt er sich auf das Aufstäuben von Jodoformpulver auf die erkrankten Stellen nebst Ausspülungen mit Borsäurelösungen. *C. Müller-Genf.*

Progressive Ernährungsstörungen.

Multiples Ulcus rodens, von PAUL. (*Lancet.* 25. März 1899.) Folgende drei Fälle teilte P. in der Sitzung der Liverpool Medical Institution mit: I. Ulcus rodens der Nase, hatte 20 Jahre bestanden, ehe sekundäre Geschwüre auftraten; letztere betrafen die Submaxillargegend beiderseits. II. Das Primärgeschwür war auf der Stirn lokalisiert, und es war nur die eine Submaxillargegend befallen, sonst war dieser Fall dem ersten ganz analog. III. Es bestanden drei Primärgewächse, eins auf der Nase, eins auf dem rechten Processus angularis ext. und eins auf dem Processus mastoideus. Das erste war ein typisches Ulcus rodens, das zweite ein schön charakteristisches Adeno-Carcinom und das dritte wiederum ein Carcinom. *Philippi-Itzehoe.*

Die Radikalteilung des Epithelialkrebses nach CZERNY und TRUNECEK, von HORNBURG. (*Therapie d. Gegenw.* 1899. Heft 4.) Im Jahre 1897 berichteten CZERNY und TRUNECEK in Prag über drei Fälle von Epithelialkrebs der Nase, deren Heilung durch die äufsere Anwendung von Arsen in alkoholischer Lösung gelungen sein soll. v. ESMARCH sprach auf dem 24. Chirurgenkongresse den Verdacht aus, dafs die Geschwülste, welche nach bem Gebrauche von Arsenik (innerlich und äufserlich) verschwinden, Syphilome seien. Dieser Ausspruch eines gerade auf diesem Gebiete vielerfahrenen Autors läfst nach dem Verfasser die drei von CZERNY und TRUNECEK veröffentlichten Fälle in eigenem Lichte erscheinen, umsomehr als diese Behandlungsmethode in anderen Fällen im Stiche gelassen hat. Die photographischen Abbildungen dieser drei Fälle lassen nach Verfasser und v. ESMARCH die stark gewucherten Geschwüre als „nicht carcinomatös" sehr verdächtig erscheinen. Auch die mikroskopische Diagnose war nicht einwandsfrei. Nach v. BERGMANN machen viele Talgdrüsenadenome den Eindruck von flachen Hautcarcinomen, und an den mikroskopischen Präparaten zweier von LASSAR auf dem 24. Chirurgenkongresse vorgestellter Fälle von flachem Hautkrebs, die mit Arsen geheilt worden waren, wiesen v. BERGMANN und KÖNIG nach, dafs es sich nicht um Krebse, sondern um Talgdrüsenadenome gehandelt hatte. — Verfasser legt schliefslich dar, weshalb auch die Krankengeschichten der drei Fälle von CZERNY und TRUNECEK die Diagnose Carcinom unwahrscheinlich machen und plädiert für die rein chirurgische Behandlung des wirklichen Carcinoms als die einzige erfolgreiche. *I. Bloch-Berlin.*

Epithelialgewächse der Augenbrauen, von R. CROCKER. (*Lancet.* 25. März 1899.) Bei dem 10jährigen Mädchen hatte sich im Laufe der letzten sechs Jahre offenbar im Anschlufs an eine leichte Verletzung eine von der rechten Augenbraue bis an den Haarrand in Streifenform hinziehende Ansammlung von kleinen Tumoren entwickelt. Die einzelnen Läsionen waren blafsrot, konvex, von der Gröfse eines Hanfkornes bis zu der einer halben Zwetsche. Sie waren tief im Corium lokalisiert und bestanden aus kleinen Lobuli von Epithelzellen mit zwischengelagerten fibrösen Septen, ganz ähnlich wie Ulcus rodens. Bei verschiedenen konnte der Zusammenhang mit Haarfollikeln und Gängen nachgewiesen werden. Eine Beteiligung der Talgdrüsen liefs sich nicht erkennen. C. nimmt an, dafs es sich um embryonal defekte Hautgebilde handelt, welche unter dem Einflufs des Traumas sich weiter entwickelten. — R. JOHNSON zeigte Schnitte von einem ähnlichen Präparate, ebenfalls Anhäufungen von Epithelzellen wie bei Ulcus rodens, von der Schulter einer erwachsenen Frau herstammend. (Pathological Society of London.) *Philippi-Itzehoe.*

Ein Fall von multiplem Fibrom, von J. H. NANKIVELL. (*Lancet.* 19. Aug. 1899.) Bei der Patientin, einer Eingeborenen der Kapkolonie, fand sich aufser

Hunderten von mehr oder weniger entwickelten Fibromen der Haut eine sehr umreiche, durchaus symmetrische Keloidbildung an beiden Ohrläppchen, welche den Grund zur (operativen) Behandlung abgab. Das häufigere Auftreten des Keloids in bestimmten Gegenden (Britisches Central-Afrika, Australien etc.) führt Verfasser noch an als Beweis für die Wahrscheinlichkeit der Beteiligung von Mikrobien bei dieser Affektion. *Philippi-Itzehoe.*

In der Berliner medizinischen Gesellschaft (*Berl. klin. Wochenschr.* 1899. No. 26) demonstriert Puppe einen Fall von **Cornua cutanea penis**; es fanden sich auf horniger Basis drei grofse Hauthörner, die leicht entfernt werden konnten durch Excision und Naht; der Fall hatte forensisches Interesse dadurch, dafs der Patient wegen unzüchtiger Handgriffe, an einem 14jährigen Mädchen begangen, angeklagt war und nun wegen seiner Beischlafunfähigkeit mildernde Umstände zugebilligt bekam.
F. Hahn-Bremen.

Einen Fall von Akanthosis nigricans stellte Buri in der Medizinischen Gesellschaft der Stadt Basel vor. Es handelt sich um einen 16jährigen Jüngling, bei dem wohl ein Drittel der Körperoberfläche ergriffen war. Die Dermatose war symmetrisch auf beide Körperhälften verteilt und auf die Beugeflächen beschränkt. Die Affektion hatte angeblich im zweiten Lebensjahre begonnen; ihr Verlauf war ein progressiver gewesen und hatte besonders in den letzten zwei Jahren an In- und Extensität zugenommen. Mit Salicylsäure-Pflastermull gelang es in kurzer Zeit einen Arm ganz von den Excrescenzen zu befreien. Natürlich bilden sich die Exkrescenzen ziemlich rasch wieder, doch hofft B. mit der nötigen Ausdauer und mit Anwendung häufiger Bäder etc. den ganzen Körper zu säubern. (*Correspondenzbl. f. Schweiz. Ärzte.* 1899. No. 11.) *C. Müller-Genf.*

Pigmentmetamorphose, von Chiari. (*Eulenburgs Realencyclop.* Bd. XIX.) Mit der Benennung Pigmentmetamorphose bezeichnet man im weiteren Sinne jede abnorme Pigmentbildung. Von letzteren unterscheiden wir nach genetischen Gesichtspunkten 1. Hämochromatose, 2. Gallenpigmentbildung, 3. Fettpigmentbildung, 4. autochthone Pigmentation durch aus dem Protoplasma auf metabolischem Wege gebildeten Farbstoff. Das pathologische Blutpigment tritt in Form brauner und schwarzer Körner oder in rotbraunen rhombischen Tafeln und goldgelben Nadeln auf. Es zeigt Eisenreaktion (Siderin) oder nicht (Haematoidin). Letzteres ist stets in krystallischem Pigment vertreten. Entweder schrumpfen die roten Blutkörperchen nach Aufnahme in lymphoide Zellen zu Pigmentkörnern ein oder das Pigment scheidet sich aus dem aus den Erothrocyten ausgetretenen Hämoglobin aus. Alle beträchtlichen Extravasationen von rotem Blutkörpern, sowohl die nach Kontinuitätstrennung als die durch Diapedese, führen zur enormen Pigmentation. Pigment bildet sich auch innerhalb von Blutgefäfsen bei längeren Stauungsprozessen (Thromben), als hämatogene Siderosis innerer Organe, bei Malariamelanose durch den Einfluſs des Plasmodiums auf die roten Blutkörperchen und bei Virchows diffuser Schwärzung in Knorpeln (Ochronosis). Das Blutpigment kann von der Bildungsstätte aus nach anderen Körperteilen verschleppt werden, wie Lymphdrüsen, Milz, Leber, Knochen. Nicht zu verwechseln mit der Blutpigmentbildung ist die durch Entstehung von Schwefeleisen bei Leichen zu beobachtende Pseudomelanose. Das pathologische Gallenpigment, gelbbraun (Bilirubin), in der Leiche oft grünlich (Biliverdin) tritt in Form von Körnern, nadelförmiger Krystalle und diffus auf. Die Entstehungsursache sind meist Gallenstauungen. In der Leber liegt es meist im centralen Teil der Leberläppchen. Durch Leberlymph- und Blutgefässe gelangt es in den Körperkreislauf. Die Ascitesflüssigkeiten beim Neu-

geborenen enthalten es oft als lange Nadeln. Diese reagieren wie Haematoidin, lösen sich in Chloroform und werden durch koncentrierte Mineralsäuren zerstört. Auch durch den Zerfall roter Blutkörperchen kann wahrscheinlich allgemeiner Ikterus sich bilden. (Hämatogener Ikterus bei Sepsis, Phosphorvergiftung u. a.) Wir haben es dabei überwiegend mit Hämatosiderin zu thun, doch bestreitet man neuerdings das Vorkommen des hämatogenen Ikterus. Das pathologische Fettpigment, abnorm gefärbtes Zellfett oder durch Zerfall solcher Zellen freigewordenes Fett, meist diffus und selten körnig, hat dunkelgelbe, braune und rötliche Färbung. Es findet sich im abmagernden Fettgewebe, Lipomen, Xanthomen, Chloromen, bei der fettigen Degeneration und in Ganglienzellen. Physiologisch kommt es im Stratum luteum geborstener Ovarialfollikel vor. — Metabolisch entstandenes Pigment findet sich unter physiologischen Verhältnissen als Pigment der Epidermis und Haare, im Rete Malpighi der Neger, in der Retina, Chorioidea, den Nebennieren und der Arachnoidea vor. Es ist grauschwarz bis braun und körnig, Es entsteht durch eine Umwandlung von Protoplasma und widersteht kräftig allen Reagentien. Man findet das metabolisch entstandene Pigment bei vielen pathologischen Zuständen, wie Bronced skin, Chloasma, Naevi, melanotischen Tumoren, gefärbten atrophischen Gewebsteilen. Melanin nennt man seine grauschwarze Abart. Abgesehen von diesen vier Pigmenten werden noch weitere dem Körper von aufsen zugeführt — schwarzes Pigment in Lungen und Bronchialdrüsen (Kohle), Siderose der Lunge bei Eisenarbeitern, Hautsiderose (Eisensplitter), Tätowierung, Argyrie (Silber). Ferner erzeugen auch gewisse Schizomyceten, die chromogenen Bakterien, Farbstoffe (Grün-, Blaufärbung des Wundeiters.)

E. Hopf-Dresden.

Ein Fall von Morbus Addisonii, bei welchem zwei Tage vor dem Tode der Blutdruck bestimmt wurde, von C. Turner. (*Lancet.* 10. Juni 1899.) Patient war ein 33jähriger Mann, der seit zwei Jahren an allmählich zunehmender Schwäche litt. Haut im allgemeinen nicht sehr deutlich gebräunt, am meisten noch am linken Ellenbogen. Am ganzen Gaumen und an der Wangenschleimhaut bräunliche, zum Teil fast schwarze Flecke. Der Blutdruck wurde an der Arteria brachialis mittelst des Sphygmometers von Hill und Barnard zu 73 mm Hg bestimmt. Normalerweise würde derselbe 100—125 mm betragen. Nekropsie wurde verweigert.

Philippi-Itzehoe.

Ein Fall von Morbus Addisonii nach vorausgegangener Purpura haemorrhagica. Mit einer Stoffwechseluntersuchung, von Franz Vollbracht. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1899. No. 28.) Ohne bekannte Ursache stellte sich bei der 15jährigen Patientin eine Purpura haemorrhagica mit krampfartigen Schmerzen, besonders links, Übelkeit, Mattigkeit, Schwindel, Ohrensausen ein. Später Blut im stark albuminhaltigen Harn. Besserung. Elf Monate später die Erscheinungen des Morbus Addisonii, die sich plötzlich eingestellt haben sollen. Besserung durch Nebennierenextrakt in 32 Tagen. Circa 1½ Monate später plötzlich Übelkeit, Erbrechen, Adynamie, Schlafsucht, Bewufstlosigkeit, Delirien, Krämpfe, Fieber; Tod am siebenten Tage. Beide Nebennieren erweisen sich bei der Sektion als durch Tuberkulose vollständig zerstört. — Es ist wohl zweifellos, dafs ein Zusammenhang zwischen der Nebennierenerkrankung und der Purpura bestand und erstere sonst symptomlos schon zur Zeit der letzteren Erkrankung bestand.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über einen Fall von Morbus Addisonii mit Veränderungen in den Nervencentren, von Amabilino. (*Rif. med.* 1899. No. 13.) Wie andere Autoren (Bonardi etc.) hat auch Verfasser Veränderungen in der grauen Rückenmarksubstanz konstatiert;

ebenso wurden Läsionen in den Hintersträngen des Rückenmarks und in der Gehirnrinde gefunden; in den Nebennieren wurden Tuberkelbacillen nachgewiesen.

C. Müller-Genf.

Über einen Fall von Morbus Addisonii, welcher mit Nebennierenextrakt behandelt wurde, von A. Foster. (*Lancet.* 10. Juni 1899.) Eine 38jährige Weberin, Mutter von drei Kindern, kam wegen Schmerzen in der Gegend der Nebennieren und mit ausgesprochener Pigmentierung und anderen Zeichen der Krankheit in Behandlung. Uterus atrophisch, Ovarien nicht zu fühlen. Bei Darreichung von Tabletten von je 0,3 Nebennierensubstanz, von denen sie vier täglich nahm, besserten sich die subjektiven Beschwerden, aber die Pigmentierung zeigte keine Änderung und ein halbes Jahr später starb Patientin unter Konvulsionen im Koma. *Philippi-Itzehoe.*

Regressive Ernährungsstörungen.

Die Behandlung der Varicen, von Schwartz. (*Journ. des Praticiens.* 1899. No. 2.) Nach Ansicht des Verfassers sind die Varicen oft die Folge eines angeborenen Fehlers in der Widerstandsfähigkeit und Ernährung der Venenwand; allgemeine oder lokale mechanische Einwirkungen, denen diese jederzeit ausgesetzt sind, lassen jenen Fehler und seine Folgen zu Tage treten. — Bei Leuten, die nicht gezwungen sind, schwere körperliche Arbeit zu verrichten oder lange zu gehen und zu stehen, genügt die hygienische und mechanische Behandlung, um, wenn auch nicht die Varicen selbst, so doch die lästigen Symptome derselben zu beseitigen. Diese Behandlung besteht in Waschungen der Beine am Morgen und am Abend mit Bleiwasser, lokaler und allgemeiner Hydrotherapie, Vermeiden von langem Gehen, insbesondere aber von langem Stehen, Tragen eines passenden elastischen Strumpfes oder eines komprimierenden Verbandes während des Tages. Bei Arthritikern mit Varicen ist aufserdem Allgemeinbehandlung am Platze, bei diesen kann man daneben auch einen Versuch mit Hamamelis virginica (30—60 Tropfen der Tinktur, 0,1—0,15 des Extrakts pro die) machen. — Die chirurgische Behandlung der Varicen ist mehrfacher Art: Etagenligaturen mit Resektion einer oder beider Venae saphenae sind indiziert bei geschlängelten Varicen, wenn weder schlaffe Dilatation der Gefäfse, noch Insuffizienz der Venenklappen noch variköse Tumoren bestehen, gewöhnlich werden 3—5 Ligaturen angelegt: eine unterhalb der Einmündung in die Vena femoralis, die zweite oberhalb des Condylus internus femoris, die übrigen in der Mitte des Oberschenkels und auf dem Unterschenkel. Auch in Fällen mit beträchtlicher Sklerose und Verdickung der Venenwände geben die Etagenligaturen noch gute Resultate; vorhandene Geschwüre, wie Neigung zur Geschwürsbildung, werden durch die Operation günstig beeinflufst. — Die zweite Art von operativer Behandlung besteht in Anlegung von Etagenligaturen mit Resektion der Venen und Exstirpation variköser Tumoren. Zur Vornahme dieser Operation ist allgemeine Anästhesierung notwendig. — Anlegung von Etagenligaturen mit Resektion der Venen und Abtragung grofser Varicen enthaltender Hautlappen des Unterschenkels, seltener des Oberschenkels, ist indiziert bei sehr schlaffer, dehnbarer Haut. Durch die Excision solcher Lappen wird gleichsam ein natürlicher, fest anliegender Strumpf gebildet, der die Wirkung der Ligaturen zu erhöhen scheint. — Die Resultate aller dieser Operationen sind im allgemeinen sehr gute. — Varicen, die sich während der Schwangerschaft bilden, dürfen nicht operiert werden. Bei kapillaren Varicen, die dem Beine ein cyanotisches Aussehen geben, ist jede operative Behandlung erfolglos. — Schlechter Allgemeinzustand kontraindiziert jede Operation von Varicen. *Götz-München.*

Eine neue Methode der Behandlung von Varicen und varikösen Geschwüren, von MORESCHI. (*La Clinica chir.* 1899. No. 2.) Die Methode beruht darauf, die Verbindung zwischen dem oberflächlich liegenden System der Venae saphenae mit dem tiefliegenden Venensystem zu unterbrechen und so die Varicen zur Verödung zu bringen. *I. Bloch-Berlin.*

Zur Behandlung der Unterschenkelgeschwüre, von H. DIKA. (*Wien. med. Wochenschr.* 1898. No. 51.) Auf der chirurgischen Abteilung des St. Lazarus-Hospitals zu Krakau ist seit einem Jahre bei der Behandlung der Unterschenkelgeschwüre der UNNAsche Zinkleimverband eingeführt worden. Die sämtlichen nach dieser Methode — die ausführlich beschrieben wird — behandelten Fälle haben die besten Resultate ergeben. Selbst einige Fälle von riesig grofsen Unterschenkelgeschwüren, welche eigentlich zur Amputation aufgenommen worden waren, heilten komplet, wenn auch erst nach Monaten. Während im letzten Jahre auf der Klinik über 50, meist sehr grofse Unterschenkelgeschwüre, mittelst Zinkleimverbandes geheilt wurden, wurden in den Jahren 1893 bis 1896 von 108 mit Ulcera cruris aufgenommenen Patienten 28 amputiert, ohne dafs unter den Amputierten alle Kranke mit besonders grofsen Geschwüren behaftet gewesen wären. Der Zinkleimverband ermöglicht also, die Amputation nur auf Ausnahmefälle zu beschränken. Bei kleinen Fufsgeschwüren kann die Heilung selbst unter einem Verbande erfolgen. — Verfasser schlägt zur Linderung des manchmal auftretenden Schmerzes vor, einen Verband anzulegen, der anstatt einer fortlaufenden Tour nur aus cirkulären Touren besteht, d. h. dafs nach jeder cirkulären Umwickelung die Binde abgeschnitten wird. Auf diese Art werden die zwei tiefsten Schichten angelegt, die dritte oberste ist wie gewöhnlich fortlaufend. — Die Narben scheinen nach dem Zinkleimverbande besonders widerstandsfähig zu sein, so dafs Recidive sehr selten eintreten dürften. *I. Bloch-Berlin.*

Die Behandlung der Hämorrhoiden, von BAZY, BERGER, RECLUS, TUFFIER. (*Presse méd.* 24. Juni 1899.) Die Behandlung der Hämorrhoiden hat sich ganz nach den Indikationen zu richten. Bei an einer Stelle des Analringes lokalisiertem Prozesse und bei nervösen, ängstlichen Leuten ist die Ignipunktur angezeigt, die Handhabung des glühenden Eisens (Glühzange nach Prof. RICHET) bei ausgedehnten Hämorrhoiden, seien sie entzündet oder nicht, sowie bei stark Anämischen. Bei ersterer Methode mufs die Umgebung des Operationsfeldes durch kalte Kompressen sorgfältig vor der Bestrahlung geschützt werden. Sowohl die also wie die mit dem Messer Operierten empfinden noch einige Stunden nach dem Eingriff Schmerzen. Nach beiden Methoden tritt zuweilen Harnverhaltung ein, doch hat dies nichts auf sich. Bei der schneidenden Operation soll man sich stets auf der Grenze von Haut und Schleimhaut halten; es bildet sich später leicht ein Schnürring, wenn man in die Haut zu weit vorgedrungen ist. Doch ist auch das Gegenteil zu vermeiden! Die Dilatation des Afters leistet die besten Dienste bei Sphinkterenschmerzen, gegen blutende Hämorrhoiden und als Prophylacticum, ist aber bei prolabierten Hämorrhoiden nutzlos, ja schädlich. Mit der Operation wirklich phlebitisch entzündeter Hämorrhoiden soll man warten, bis diese Entzündung behoben ist und sich auf Anstecken der schmerzhaftesten Venen und antiseptische Umschläge beschränken. RECLUS wandte schon vor WHITEHEAD die Excision der Hämorrhoiden mit dem Messer an, und zwar unter lokaler Kokainanästhesie. TUFFIER erklärt die Hämorrhoiden mäfsigen Grades bei plethorischen und neuropathischen Leuten für ein Noli me tangere.
Hopf-Dresden.

Operation der Hämorrhoiden, von W. THELWALL THOMAS-Liverpool. (*Brit. med. Journ.* 26. Nov. 1898.) Innere Hämorrhoiden sind reif für einen operativen Ein-

griff, wenn 1. starke Verdickung der Schleimhaut mit Ulceration und zeitweiliger Blutung vorhanden ist, 2. Hervordrängen der Hämorrhoiden während der Defäkation stattfindet und eine Manipulation notwendig ist, um sie wieder zurückzubringen, 3. deutlicher Prolaps eines Hämorrhoiden tragenden Schleimhautringes eintritt. — Das Verfahren, dessen Verfasser sich zur Beseitigung der Hämorrhoiden bedient, ist folgendes: Am Abend vor der Operation wird ein Purgans verordnet und am nächsten Morgen nach einer gründlichen Entleerung ein Seifenwasserklystier gegeben, um das Rectum gut auszuwaschen. Unter Anästhesie wird der Patient in die Lithotomielage gebracht. Der Sphincter ani wird so lange mit beiden Daumen kräftig dilatiert, bis er nachgiebt, keine Tendenz mehr zu Kontraktion zeigt, und die Hämorrhoiden dem Operateur nunmehr gut zu Gesichte kommen. Hierauf wird ein grofser Hämorrhoidalknoten mit einer Arterienzange erfafst und an seiner Basis festgeklemmt. Der obere Teil wird durchschnitten und der übrigbleibende Stumpf nach folgender Methode gut vernäht. Ein nicht zu feiner, etwa zwölf Zoll langer, an jedem Ende mit einer gewöhnlichen Nähnadel versehener Katgutfaden wird zum Nähen verwendet. Am oberen Ende des Stumpfes wird eine Nadel durchgestochen und der Faden bis zur Hälfte seiner ganzen Länge durchgezogen, hierauf der erste Knoten fest angelegt, die Nadel an der rechten Seite wird nach der linken gebracht, durch den Stumpf etwas weiter unten hindurch und zurück nach der rechten Seite geführt; umgekehrt wird die Nadel an der linken Seite nach der rechten hinübergebracht, hier durchgestofsen und wieder zur linken geführt. Sodann wird ein fester Knoten gemacht. Indem man mit den Nadeln immer weiter nach unten zur geklemmten Stelle schreitet, kann man etwa fünf bis sechs sich kreuzende Nähte anlegen. Diese Methode bringt die Ränder der Schleimhaut fest zusammen. Alle anderen inneren Hämorrhoiden werden in derselben Weise behandelt. Äufsere Hämorrhoidalknoten werden mit der Schere abgetragen, und zwar, ohne Klemme, etwaige blutende Gefäfse unterbunden. Zwei Suppositorien, eins von 2 dg Jodoform und eins von 8 cg Morphium werden eingeführt, das ganze mit Gaze, Watte verbunden. — Die Diät mufs für die nächsten Tage eine leichte und beschränkte sein (Beef-Tea und Milch), damit die Darmperistaltik nicht angeregt wird. *C. Berliner-Aachen.*

Auf dem VI. Deutschen Dermatologen-Kongrefs (Strafsburg, 1898) demonstrierte Rille die Moulage einer 36jährigen Kranken mit **idiopathischer Atrophie der Haut.** Am Ellenbogen, an mehreren Fingern, am Handrücken, von hier übergreifend auf die Beugefläche des Handgelenks, finden sich bei einer 36jährigen Patientin thalergrofse, dunkellivide oder blaurote Hautstellen ohne Schuppen und Knötchenbildung ohne Sensibilitätsstörungen. An beiden Vorderarmen injizierte Venennetze nach Art der Cutis marmorata. Die affizierten Hautpartien sehen runzlich, atrophisch aus. — Ähnliche Fälle sind beschrieben von Neumann als Erythema paralyticum, von Pick als „Erythromelie", von Brocq als „Erythrodermie pityriasique en plaques disseminées". *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Zur Bakteriologie der Gangrän, von Rath. (*Centralbl. f. Bakteriol.* Bd. 25. No. 20.) Während man früher alle Fälle von Gangän darauf zurückführte, dafs zu einer primären Nekrose Mikroorganismen hinzutreten, neigt man jetzt der Ansicht zu, dafs Gangrän auch ohne vorhergehende gröbere Schädigung der Gewebe allein durch Einwirkung von Bakterien entstehen kann. Man unterscheidet zwei Gruppen von Gangrän erzeugenden Mikroorganismen: 1. solche, die nur bei Gangrän oder ähnlichen Affektionen, Gasabscefs etc. gefunden werden; 2. solche, die bald zur Gruppe der Fäulnisbakterien, bald zu der der Eitererreger gehören. Warum die letzteren in

dem einem Falle eine lokale Eiterung, in dem anderen eine schwere Gangrän erzeugen, wissen wir nicht. — In die erste Gruppe gehört zunächst der Bacillus phlegmonis emphysematosae, der sich in den gangränösen Herden, Gasabscessen und Gasphlegmonen entweder allein oder zusammen mit den gewöhnlichen Eitererregern findet; derselbe kann ohne Lufteintritt von aufsen Pneumothorax verursachen. Hierher gehört ferner der Bacillus aërogenes capsulatus, ein 3—5 μ langes nicht bewegliches, mit einer Kapsel versehenes Stäbchen, das keine pathogenen Eigenschaften besitzt. Aus einem Falle von Emphysem mit Gangrän bei einer perforierten Fraktur züchtete Leyy einen fakultativ anaëroben Bacillus; derselbe stellt ein kurzes, dickes Stäbchen dar, das meistens in Diploform angeordnet ist, zuweilen lange Ketten bildet, nach Gram sich positiv färbt und deutliche Sporenbildung aufweist; bei Tieren bewirkte er entweder einen lokalen Abscefs oder eine Allgemeininfektion, eine Gasphlegmone liefs sich mit demselben nicht erzeugen. Endlich gehören hieher noch der Bacillus oedematis maligni, dann ein von Vincent bei einer Epidemie von Hospitalbrand nachgewiesener Bacillus, der vielleicht mit dem Bacillus pseudooedematis identisch ist und im Tierexperiment nur pathogen wirkt, wenn abgemagerte Tiere verwendet werden; endlich ein von Thilanus aus einem Fall von Gangrän nach einer komplizierten Fraktur isolierter Bacillus gangraenae. — Zur zweiten Gruppe gehören zunächst Streptococcus pyogenes, Bacterium coli und Staphylococcus; ferner ein von Tricomi in mehreren Fällen von Gangraena senilis gefundener feiner, nicht sehr langer Bacillus, der bei Tieren, subcutan injiziert, progressive Gangrän der Haut und der darunter liegenden Weichteile und nach zwei Tagen Exitus bewirkte. In vier Fällen von Hospitalbrand fand Rappin den Bacillus pyocyaneus, de Quervain in einem Falle von Extremitätengangrän bei Abdominaltyphus Typhusbacillen. Muscatello isolierte in einem Falle von fortschreitender emphysematöser Gangrän Proteus vulgaris, Bacterium coli und einen grofsen sporenbildenden, nicht pathogenen Mikroorganismus. Hirschler und Tarray fanden in einem Falle von Lungengangrän einen Bacillus, der auf Nährböden den für diese Krankheit charakteristischen Geruch verbreitete, Albarran in zwei Fällen von Gangrän des Skrotums und des Penis einen Bacillus, den er für identisch mit der Bactérie septique urinaire von Clado hält; derselbe erzeugt bei Versuchstieren circumscripte Hautgangrän. Endlich fand der Verfasser in einem Falle von Gangrän des Penis bei einem Patienten mit blennorrhoischer Striktur und Cystitis sowohl in Fetzen des gangränösen Gewebes wie in dem per Katheter entleerten Urin das zur Gruppe des Bacterium coli gehörige Bacterium lactis aërogenes; mit demselben werde nur bei Mäusen durch subcutane Injektion ziemlich grofser Dosen Gangrän erzielt. *Götz-München.*

Des Haarschwunds Ursachen und Behandlung, von S. Jessner. (*Die ärztl. Praxis.* 1899. No. 1—6.) Der Verfasser legt seiner ausführlichen Abhandlung folgende Einteilung zu Grunde: 1. Alopecia adnata, senilis, praematura; 2. Alopecia seborrhoica; 3. Alopecia areata; 4. Alopecia mycotica; 5. Alopecia symptomatica.

Die angeborene Alopecie kann vorübergehend oder dauernd, circumscript oder diffus sein; sie ist wie alle Mifsbildungen praktisch therapeutisch nicht von Interesse. Die senile Alopecie ist fast als physiologischer Vorgang zu betrachten; sie befällt nur die Kopfhaut, die übrigen behaarten Teile weisen im Alter eher eine Neigung zur Hypertrichosis auf. Bei der Alopecia senilis praematura spielt entschieden die Erblichkeit eine Rolle; diese Form der Alopecie ist nicht so häufig, wie gewöhnlich angenommen wird es handelt sich oft um krankhafte Prozesse anderer Natur.

Die Alopecia seborrhoica ist die häufigste Form der Krankheit. Sie kommt in zwei Variationen vor: als Alopecia seborrhoica sive pityrodes chronica diffusa und

als Alopecia seborrhoica acuta sive subacuta circumscripta. Die chronische diffuse Form ist die ungleich häufigere. Sie wird verursucht durch Seborrhoea sicca, die zumeist erst nach jahrelangem Bestehen zuerst zu einer Verminderung des Längenwachstums der Haare und dann zu einer Verminderung der Haarproduktion führt; gleichzeitig mit dieser wird auch das Dickenwachstum der Haare geringer. Ist nach einem Zeitraum von mehreren Jahren das Stadium der verminderten Produktion erreicht, so kommt es oft innerhalb weniger Monate zu vollkommener Kahlheit der Kopfhaut; nur ein von Ohr zu Ohr sich hinziehender Haarsaum bleibt bestehen. Die kahle Haut ist glatt, dünn, nicht faltbar, glänzend, atrophisch. Die Affektion findet sich viel häufiger bei Männern als bei Frauen. — Die Ursache der Alopecia seborrhoica acuta circumscripta ist ein seborrhoisches Ekzem der Kopfhaut. Die ergriffenen Stellen sind mit einem dicken, schmutzig grauweifsen, die Haare verklebenden Belag von ohrenschmalzähnlicher Konsistenz bedeckt; die Haut selbst hat eine charakteristische ekzematöse Beschaffenheit, ist entzündet, gerötet, fettfeucht, erscheint, wenn die Haare gelichtet sind, infolge der weit geöffneten leeren Follikel siebartig durchlöchert. Oft finden sich zahlreiche circumscripte Herde unregelmäfsig über das ganze Capillitum zerstreut. Die Haut der ergriffenen Stellen und ihrer Umgebung ist manchmal ödematös durchtränkt. Der Verlauf ist ein sehr rascher, die Haare fallen innerhalb weniger Monate, oft sogar in wenig Wochen aus. Die kahl gewordene Haut sieht oft gerötet aus, hat noch einen dünnen Belag oder stöfst zahlreiche fettige Schuppen ab; erst nach langem Bestehen der Alopecie wird die Haut atrophisch. Die einzelnen Stellen zeigen gewöhnlich kein erhebliches peripheres Wachstum. Das im ganzen seltene Krankheitsbild entwickelt sich zumeist auf dem Boden einer alten Seborrhoica sicca, es ist als eine lokal begrenzte Steigerung des diffusen Prozesses aufzufassen. Die Affektion findet sich bei Frauen ebenso oft wie bei Männern. — Die seborrhoische Alopecie der Augenbrauen, der Augenwimpern, des Bartes hat subakuten Charakter. An den Augenbrauen werden gewöhnlich nur die Enden befallen. Seborrhoische Alopecie der Wimpern ist hauptsächlich bei Kindern häufig. Alopecia seborrhoica des Bartes ist selten. — Die Alopecia seborrhoica ist wahrscheinlich ein infektiöser Prozefs, bei dessen Entstehung konstitutionelle Anomalien, bezw. krankhafte Veränderungen innerer Organe als disponierende Momente eine Rolle spielen. — Der Grund, warum Männer von der chronischen Form der seborrhoischen Alopecie viel häufiger betroffen werden als Frauen, liegt einerseits wahrscheinlich in der dichteren Kofbedeckung der Männer, indem die durch diese bewirkte warme Atmosphäre die Lebensthätigkeit angesiedelter haarfeindlicher Mikroorganismen begünstigt, andererseits in der gröfseren Haarwachstumstendenz am Capillitium der Frauen. — Die Prognose ist bei der chronischen Form nur dann schlecht, wenn die Haut bereits glatt und atrophisch ist. Beim Beginne des Haarausfalls kann man durch ausdauernde Behandlung Erhaltung der Haare erzielen. Die Prognose der akuten Form ist günstig. — Die Prophylaxe der Alopecie bei vorhandener Seborrhoe besteht in 1—2mal wöchentlich vorgenommener Reinigung der Kopfhaut mit heifsem Wasser und Seife (am besten Sapo kalinus oder Hebraascher Seifenspiritus). Bestehen entzündliche Erscheinungen, so müssen die Beläge zuerst mit Öl erweicht werden; zur Reinigung ist in solchen Fällen eine milde, überfettete Seife zu verwenden. Ekzematöse Erscheinungen sind von der Reinigung durch Applikation milder Salben und Pasten zu beseitigen. Bei diesen Waschungen werden in der ersten Zeit massenhaft Haare entfernt. Zur Bekämpfung der seborrhoischen Thätigkeit der Hautdrüsen sind aufserdem noch eigene antiseborrhoische Mittel anzuwenden: solche Antiseborrhoica sind Schwefel, Ichthyol, Salicylsäure, Tannin, Chloral, die am besten in Form von Salben, und zwar gewöhnlich mehrere kombiniert in die bloßgelegte Kopfhaut eingerieben werden. In

leichteren Fällen können diese Mittel auch in Form eines Kopfspiritus verordnet werden. Über die von Pohl-Pincus empfohlenen täglichen Einreibungen von 2- bis 5%iger Natrium bicarbonicum-Lösung, sowie über die von Eichhoff empfohlene Behandlung mit Captol-Resorcin fehlen dem Verfasser eigene Erfahrungen. Wenn die Seborrhoe ganz oder fast ganz geheilt ist, wird die Kopfhaut wöchentlich 1—2mal mit heifsem Wasser und Schwefelseife gewaschen. Die beschriebene Behandlung genügt nur so lange, als der Haarausfall noch nicht bedeutend ist. Bestehen bereits kahle Stellen, so ist die Behandlung die gleiche wie bei Alopecia areata. — Bei der Alopecia seborrhoica der Augenbrauen ist die Verwendung der fester haftenden Pasten vorzuziehen. — Das Wichtigste in der Therapie der seborrhoischen Alopecie ist ausdauernde und konsequente Durchführung der gewählten Behandlungsmethode.

Die Alopecia areata ist nach Ansicht des Verfassers parasitären Ursprungs. Allerdings sprechen in manchen Fällen klinische Momente, nervöse Beschwerden, Haarausfall im Gebiete eines Nerven, deutliche Sensibilitätsstörungen, für die trophoneurotische Natur der Affektion. Die Fälle von sehr ausgebreiteter oder gar totaler Alopecia areata sind sicher nicht neurotischer, sondern parasitärer Natur. — Zur Behandlung der Affektion empfiehlt der Verfasser Applikation von Chrysarobin. Nach Epilierung der gelockerten Haare und gründlicher Reinigung der Haut wird allabendlich Chrysarobin in Form einer 5—10%igen Salbe oder als Unnascher Salbenstift in spärlicher Menge in die kahlen Stellen und deren Umgebung eingerieben; nach der Einreibung wird eine festanschliefsende Kappe umgelegt. Wenn trotzdem Entzündungserscheinungen an den Bindehäuten, an der Stirn oder am Nacken auftreten, mufs die Behandlung ausgesetzt und die Haut gründlich gereinigt werden. Der Gesichtsteint wird während der Behandlung dunkel, die Pigmentierung schwindet jedoch sehr rasch nach Aussetzen der Chrysarobinapplikation. Zur Unterstützung dieser Behandlung, die einige Monate hindurch fortgesetzt werden mufs, werden die kahlen Stellen täglich 5—10 Minuten lang mit dem faradischen Pinsel bestrichen. — Bei Alopecia areata der Augenbrauen ist alle zwei Wochen Acidum carbolicum liquefactum aufzupinseln. — Die innerliche Verabreichung von Arsenik, mehrere Monate hindurch fortgesetzt, ist eines Versuches wert, ebenso die Anwendung schweifserregender Prozeduren, wie heifser Bäder, Dampfbäder, elektrischer und Sonnenlichtbäder.

Alopecia mycotica ist entweder die Folge von Herpes tonsurans capillitii (Alopecia trichophytica) oder von Favus capillitii (Alopecia favosa). Die Alopecia trichophytica schliefst sich gewöhnlich an die makulöse Form des Herpes tonsurans an. Man unterscheidet hauptsächlich zwei Formen der makulösen Trichophytie des Capillitium: die Mikrosporie und die grofssporige Trichophytie. Bei der Mikrosporie entstehen kreisrunde, schuppende, grauweifse Flecken, auf denen sich als Reste abgebrochener Haare zahlreiche Haarstümpfe finden. Das Abbrechen der Haare wird dadurch verursacht, dafs die Pilze sie durchwuchern und brüchig machen. Die Haarschäfte selbst sind von einer weifsen Haarscheide umgeben und sehen wie bestäubt aus. Durch periphere Vergrößerung und Konfluenz der Flecken kann sehr ausgedehnte Alopecie entstehen. Diese Form kommt fast nur bei Kindern vor und ist hochgradig kontagiös. Bei der grofssporigen Form sind die Haare auch abgebrochen, aber nicht entfärbt, die Haut ist glatter, nur mit sehr wenigen Schuppen bedeckt. Diese Form kommt auch bei Erwachsenen vor und scheint weniger kontagiös zu sein. Beide Arten verursachen lebhaftes Jucken. — Aufserdem kommen an der Kopfhaut vereinzelt Formen vor, die der Sycosis parasitaria des Bartes entsprechen: runde vereiternde Knoten oder flache, derbe, schmerzhafte Granulome, durchsetzt von eitrigen Follikulitiden. — Die Prognose ist gut, die Haare wachsen stets wieder. — Die Therapie erfordert zunächst Kurzschneiden der Haare und Epilieren der Stümpfe

und Haare auf den Flecken und in deren Umgebung. Zur Behandlung der Mikrosporie empfiehlt der Verfasser Aufpinselungen von Jodtinktur nach vorausgegangener Reinigung der Haut mit Seife und Wasser; bei Nacht kann eventuell noch ein Dunstumschlag mit Lysol-Sublimat- oder Kreolinlösung gemacht werden. Bei der grofssporigen Form ist die Applikation von Chrysarobin am Platze. Die Sycosis capillitii erfordert neben gründlicher Reinigung antiseptische Dunstumschläge und ausgedehntes chirurgisches Eingreifen. Flache Granulome werden mit Ichthyolum purum behandelt. — Bei Alopecia favosa wird die Haut mit der Zeit atrophisch, sie erscheint dann glatt, etwas eingesunken, verdünnt. Die Haare sind bei Favus nicht so brüchig wie bei Herpes tonsurans, brechen aber beim Epilieren auch leicht ab; sie sind glanzlos, wie mit Staub bedeckt, dünn, gelockert. Der Haarausfall beschränkt sich auf die kranken Stellen und ist niemals scharf umschrieben; vereinzelte Haare finden sich auch noch auf der bereits atrophischen Haut. Wie bei der seborrhoischen Alopecie bleibt der hintere Haarsaum gewöhnlich verschont. Die Affektion verläuft progressiv, und zwar in sehr langsamem Tempo; bis zur Bildung einer ausgebreiteten Alopecie können Jahre vergehen. Die Prognose der ausgebildeten Alopecia favosa ist absolut schlecht. Die Behandlung besteht zunächst in gründlicher Reinigung der Kopfhaut mit Öl, Seife und Wasser und Entfernung der kranken Haare am besten mittelst einer Cilienpinzette. Dann wird Jod, Sublimat, Ichthyol oder Salicyl appliziert, etwa in folgender Form: Sublimat 0,5, Tct. Jodi ad 50,0 oder Acid. salicyl., Ichthyol ää 5,0, Sapon. virid. Vaselin ää 20,0. Jedenfalls kann nur durch ausdauernde, monatelang fortgesetzte Behandlung ein günstiges Resultat erzielt werden. In jüngster Zeit hat Hodara bei Alopecia favosa Favusnarben skarifiziert und dann in die Hautspalten Haarschnitzel verrieben; er behauptet, dafs ein kleiner Teil dieser Schnitzel Wurzel schlägt, dafs sich um diese neugebildeten Haarwurzeln reguläre Follikel bilden und dafs lange Haare emporwachsen.

Alopecia symptomatica ist entweder verursacht durch Dermatosen, die mit Gewebszerstörung einhergehen, oder durch Allgemeinerkrankungen. Die durch zerstörende Dermatosen verursachte Alopecia symptomatica ist eine Narbenalopecie; sie entsteht infolge von luëtischen, tuberkulösen bezw. lupösen Geschwüren, Variolaefflorescenzen, Traumen. In der Umgebung traumatischer Narben besteht auffallenderweise fast stets verstärktes Haarwachstum. Lupus erythematosus führt ohne Ulcerationen zu narbiger Schrumpfung der Haut mit Haarausfall. Erysipel der Kopfhaut kann hochgradige Alopecie bewirken; die Haare wachsen aber in solchen Fällen stets wieder. Erysipel unbehaarter Stellen kann auf dem Blutwege, wahrscheinlich durch Toxinwirkung zu Alopecie führen. — Alopecia symptomatica infolge von Allgemeinerkrankungen wie Abdominaltyphus, Lues, Myxödem ist wahrscheinlich durch Toxinwirkung verursacht. Diese Form der Alopecie ist gewöhnlich nur vorübergehend, wenn nicht eine bestehende vernachläfsigte Seborrhoe den Haarausfall zu einem dauernden macht. Der Haarausfall an den Augenbrauen Lepröser scheint durch Etablierung lepröser Knoten, bezw. einer diffusen leprösen Infiltration in der Augenbrauengegend verursacht zu sein. — Bei Narbenalopecie ist jede Therapie erfolglos. Bei der Alopecie infolge von Allgemeinerkrankungen kann man örtlich durch hautreizende Mittel (Tinct. Cantharid., Chloral, Spiritus, Frottierungen) das Wiederwachsen der Haare zu fördern suchen; dabei ist in allen Fällen eine etwa vorhandene Seborrhoe zu behandeln. *Götz-München.*

Behandlung der Alopecia areata mit Milchsäure, von Balzer und Stoianowitch. (*Journ. des Praticiens.* 1899. No. 6.) Die Verfasser wenden bei Alopecia areata 50%ige wässerige oder alkoholische Milchsäurelösung an: die erkrankten Stellen

werden, nachdem sie durch Alkohol und Äther entfettet sind, so lange mit einem mit der Lösung getränkten Wattetampon eingerieben, bis sie rot werden; aufserdem wird der Kopf täglich mit 1‰iger Sublimatlösung gewaschen. Die Einreibungen verursachen Schmerzen, die jedoch bald verschwinden. Nach kurzer Zeit schon stellt sich ein Reizzustand der Epidermis ein; wird derselbe zu stark, so mufs die Applikation der Milchsäure einige Tage ausgesetzt werden; während dieser Zeit wird Borvaselin aufgelegt. Die alkoholische Lösung reizt weniger als die wässerige. Die Resultate dieser Behandlung sind sehr gute: unter 19 Fällen von Alopecia areata des Kopfes erzielten die Verfasser fünfzehnmal im Verlaufe von 2—3½ Monaten Heilung, in drei Fällen bedeutende Besserung, ein Fall blieb ungebessert. Auch bei Alopecia in Form bandartiger Streifen (Ophiasis) sind die Erfolge sehr günstig; Alopecia des Bartes ist hartnäckiger und erfordert bis zur Heilung längere Zeit als Alopecia areata des Kopfes. Deutliches Wachsen der Wollhaare wurde frühestens gegen Ende der zweiten Woche beobachtet; allmählich traten dann gefärbte Haare an Stelle der Wollhaare. *Götz-München.*

Drei Fälle von Lupus erythematosus stellte Patel-Lyon in der Gesellschaft f. med. Wissenschaften vor. Bei dem ersten waren die Bacillen in den oberflächlichsten Epidermisschichten lokalisiert; die Läsionen waren infolgedessen nur leichter Art und die Narben kaum erkenntlich. Beim zweiten bewohnte der Bacillus die tiefen Schichten der Oberhaut und hatte sekundär die Cutis und die Talgdrüsen besetzt. Die Veränderungen sind deshalb auch tiefer, hartnäckiger und die Narben stärker ausgeprägt. Im dritten Falle waren die Talgdrüsen und sekundär die Epidermis und die oberflächlichen Schichten der Cutis besetzt. Die Dermatose sieht hier akneïformigen Syphiliden ähnlich. Obwohl die kombinierte Quecksilber-Jod-Therapie ein günstiges Resultat zur Folge hatte, blieb doch kein Zweifel bezüglich der Diagnose übrig, in Anbetracht des Vorhandenseins typischer Plaques von Lupus erythematosus auf dem Haarboden und von verkästen Lymphdrüsen. *C. Müller-Genf.*

Über diffuse Sklerodermie, von Uhlenhuth. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1899. No. 10.) Der 41jährige Patient litt an einem Dupuytrenschen Contractus; seit 1½ Jahren bemerkte er, dafs seine Finger kalt und blau wurden, dabei schwollen die Hände an, es trat taubes Gefühl in den Fingern ein; ärztlicherseits wurde Fehlen der Schilddrüse konstatiert, und Schilddrüsen- sowie Nebennierentabletten ohne Erfolg gegeben. Später wurde die Haut zuerst an den Händen straff und gespannt, diese Spannung ging auf Gesicht, Brust, Bauch und untere Extremitäten über, zugleich trat Braunfärbung der Haut auf. Verfasser bespricht die Theorien der Sklerodermie, die er als Angio-Trophoneurose auffafst; bemerkenswert ist an diesem Falle das Fehlen der Schilddrüse. Therapeutisch erwiesen sich Ichthyolbäder und Einreibungen nützlich. *F. Hahn-Bremen.*

Zwei Fälle von Sklerodermie, mit Bemerkungen von Alexander James. (*Scottish med. a. surg. Journ.* Mai 1899.) Der erste Fall betrifft einen 34jährigen Maurer, der bis zu seinem vierzehnten Jahre vollständig gesund war. Damals erlitt er eine Verletzung des rechten Zeigefingers, sowie einen Fall auf den Kopf. Steifheit des Fingers und Kopfschmerzen waren die Folge. Später bemerkte Patient, dafs der rechte Zeigefinger besonders nach Kälteeinwirkung die Farbe veränderte, bald blafs, bald blau wurde. Nach einigen Wochen wurde die Spitze des Fingers gangränos abgestofsen. Ähnliche Veränderungen zeigten sich an den anderen Fingern. Die Ohren und die Nasenspitze wurden gleichfalls in Mitleidenschaft gezogen. Im Verlaufe der letzten drei Monate nahm die Haut, zuerst am Halse, dann an Händen und

Armen und schliefslich am ganzen Körper eine eigentümlich harte Beschaffenheit an. An verschiedenen Stellen (Hände, Arme, Kinn, Oberlippe) trat Haarausfall ein. In der vorderen Abdominalgegend wurde eine leichte Pigmentierung mit einigen Leukodermaflecken sichtbar. Verdauungsorgane normal. Im Nacken sind einige Lymphdrüsen zu fühlen. Während die Schilddrüse atrophisch war, zeigte sich die Milz vergröfsert. Tast- und Temperaturempfindung deutlich vermindert, ebenso die motorische Kraft sowie das Körpergewicht. — Im zweiten Falle handelte es sich um ein 20jähriges Dienstmädchen, dafs seit fünf Jahren von dem gegenwärtigen Leiden heimgesucht wird. Ätiologisch ist vielleicht bemerkenswert, dafs die Patientin, aufser Scharlach, Mumps und Masern, in der frühesten Jugend, im Alter von 9 und 16 Jahren zwei Attacken von Gelenkrheumatismus durchgemacht hatte. Vor fünf Jahren fühlte sie zuerst Schmerzen im rechten Zeigefinger, der anschwoll unter Bildung von Blasen mit serösem Inhalt. Dieselben Erscheinungen zeigten sich an den übrigen Fingern dieser Hand. Zwei Jahre später ergriff der Krankheitsprozefs die linke Hand. Alle Finger sind steif und die Haut über ihnen hart. In geringerem Mafse ist die Sklerodermie an den Armen und im Gesicht wie am übrigen Körper ausgesprochen. Tast-, Schmerz- und Temperaturempfindung ist an den Fingern leicht herabgesetzt. Die Milz ist auch in diesem Falle vergröfsert. — Verfasser zieht aus der Beobachtung dieser beiden Fälle den Schlufs, dafs diejenigen Teile, welche der Kälte am meisten ausgesetzt sind, zuerst erkranken, also die Finger, das Gesicht, die Ohren etc. Da Verfasser im zweiten Falle im Blute Kokken fand, ähnlich den bei der Raynaudschen Krankheit, so glaubt er daraus eine Beziehung dieser Krankheit zur Sklerodermie ableiten zu können. *I. Bloch-Berlin.*

Ein Fall von diffuser Sklerodermie der Beine mit scharfer spinalsegmentärer Abgrenzung nach oben, von Bruns. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1899. No. 30.) Das Leiden begann vor sieben Jahren plötzlich mit einer hochroten, erysipelähnlichen Anschwellung auf dem Fufsrücken, breitete sich dann allmählich über den Unterschenkel aus, um nach einem Stillstand von zwei Jahren kontinuierlich über das ganze rechte Bein nach oben und dann über das linke nach unten fortzukriechen; man kann die verschiedenen Stadien der Sklerodermie unterscheiden, an Füfsen und Unterschenkeln ist die Haut atrophisch, liegt den Knochen fest an, ohne sich in Falten abheben zu lassen, die Zehenknochen sind verschmächtigt (Sklerodaktylie), die Bewegungen der Gelenke beschränkt, an der Hinterseite der Oberschenkel findet sich das Stadium elevatum. Verfasser sieht die Sklerodermie als nervösen Ursprungs an; eine Stütze dieser Ansicht findet er darin, dafs die Abgrenzung dieser Erkrankung nach oben den von Head gefundenen Zonen entspricht. *F. Hahn-Bremen.*

Über das Sklerem der Neugeborenen. (*Journ. des Praticiens.* 1899. No. 7.) Das Sklerem der Neugeborenen tritt gewöhnlich in den ersten 2—3 Monaten, in seltenen Fällen gleich nach der Geburt auf; nach dem sechsten Monat wurde es nie beobachtet. Die Krankheit kommt nur bei schlecht genährten, schwächlichen Kindern, insbesondere bei frühgeborenen vor, und ist wahrscheinlich die Folge einer hochgradigen Abkühlung der Gewebe: infolge der Schwäche des Kindes und der unvollkommenen Entwickelung der Lungen ist die Respiration ungenügend und die Cirkulation behindert; dadurch wird die animale Wärme herabgesetzt, es kommt zur Koagulation des subkutanen Fettgewebes, die Haut wird rigid und hart. Nach Baginsky ist das Sklerem der Neugeborenen durch Einwirkung infektiöser Keime auf die kleinen Gefäfse verursacht. — Bezüglich des klinischen Verlaufes behauptet der Verfasser, dafs die Handteller und Fufssohlen im allgemeinen verschont bleiben, dafs

dagegen alle anderen Teile, also auch die Brust ergriffen sein können. Die Sensibilität bleibt nach den Erfahrungen des Verfassers intakt. Von Komplikationen sind zu erwähnen Atrophie, Bronchopneumonie, Soor, Konvulsionen; andererseits kann Sklerem zu einer bestehenden akuten gastro-intestinalen Infektion, zu Soor, Erysipel, hinzutreten. Differentialdiagnostisch kommt nur das Ödem in Betracht: die ödematöse Haut läfst sich auf dem darunterliegenden Gewebe verschieben, während beim Sklerem die Haut mit dem tiefer liegenden Gewebe verklebt zu sein scheint. — Die Behandlung besteht in guter Ernährung, womöglich an der Brust, und Zufuhr von Wärme; die besten Resultate giebt permanenter Aufenthalt im Brutapparat; empfohlen wird aufserdem Zuleitung von Sauerstoff in den Brutapparat (ca. 30 Liter in 24 Stunden) und zwei- oder dreimalige sukcutane Injektion von 20—30 g physiologischer Kochsalzlösung. *Götz-München.*

In der wissenschaftlichen Ärztegesellschaft zu Innsbruck demonstriert Rille am 28. Januar 1898 einen neunjährigen Knaben mit **Xeroderma pigmentosum.** Der schon 1896 von v. Lukasiewicz beschriebene Fall ist sehr vorgeschritten. Neben zahllosen Pigmentflecken auf fahler Haut, besonders im Gesicht, Nacken, am Handrücken und Vorderarm finden sich weifsliche, nabenähnliche, verdünnte und leicht eingesunkene Hautstellen, warzenartige Neubildungen, Carcinom am Naseneingange an Kinn- und Unterlippe. Das eine Auge ist durch Carcinom, das andere durch Phthisis erblindet. — Palmae manus sind ganz, Beugeflächen der Vorderarme fast normal; die übrige Körperhaut zart weifs, nur am Rücken, an der Bauchwand, am Penis eine gröfsere Zahl von gewöhnlichen Pigmentmälern. — Es fehlen alle Teleangiektasien, die sonst zum Bilde des Xeroderma pigmentosum gehören. Die erste Krankheitserscheinung soll ein Eccema caloricum gewesen sein, welches nach starker Sonnenbeleuchtung bei dem zarten Kinde aufgetreten ist. Diese Erscheinung wiederholt sich auch jetzt, sobald das Kind der Sonne ausgesetzt wird. Die Füfse, die stets bekleidet getragen wurden, sind ganz frei geblieben.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Xerodermia pigmentosa, von Barendt-Liverpool. (*Brit. med. Journ.* 29. Okt. 1898.) Der dreijährige Knabe zeigt die Haut des Gesichts, des Nackens, Halses, der Hände und Handgelenke und beider Vorderarme runzelig, pergamentartig, dicht besäet mit braunen, wie Sommersprossen aussehenden, Flecken. In den Nasolabialfalten bemerkt man drei pigmentierte Knoten. Die diffuse rote Haut ist leicht beweglich und hindert nicht den Gesichtsausdruck. An anderen Stellen ist die Haut normal. Die Krankheit begann im Sommer 1897. Bei der Geburt war das Kind völlig gesund. *C. Berliner-Aachen.*

Idioneurosen.

Pruritus cutaneus, von Besnier. (*Journ. des Praticiens.* 1899. No. 23.) Für die Behandlung des Pruritus ist es zunächst wichtig festzustellen, ob es sich um primären oder sekundären Pruritus handelt; im letzteren Falle ist selbstverständlich die Behandlung der Grundkrankheit die Hauptsache. Bei idiopathischem Pruritus ist vor allem die Ernährung zu regeln. Verboten sind alle Speisen, die leicht Gährung verursachen, besonders Wildpret, Ragouts, Wurstwaaren, Fette, Seefische, Konserven, Käse, die Kohlarten, Tomaten, aufserdem die Gewürze, Alkohol in jeder Form, Thee, Kaffee, Tabak. Gestattet sind frisches, gebratenes, gesottenes Fleisch, grüne Gemüse, reifes bezw. gekochtes Obst, Brunnenwasser, alkalische Mineralwässer. In sehr hart-

näckigen Fällen wirkt oft reine Milchdiät sehr gut. Gleichzeitig wird zur Beruhigung des Nervensystems innerlich Valeriana verabreicht event. zusammen mit Acid. carbolic. (0,05 pro dosi in Pillen) oder Moschus oder Aqua Laurocerasi. Nur wenn diese Mittel versagen, dürfen Chloral, Opium oder Bromkalium verordnet werden. Aufserdem sind lauwarme Douchen auf die Wirbelsäule zu applizieren. Die lokale Behandlung besteht in Verabreichung von warmen Bädern mit Zusatz von Stärkemehl, Lindenblüten, Kamillen oder Essig, sowie in feuchten Einpackungen, am besten mit einem Infus von Cocablättern (10 : 1000). Zur direkten Linderung des Juckreizes dienen Waschungen mit lauwarmem Essigwasser (1/3 Essig : 2/3 Wasser) oder mit warmem Wasser oder mit folgenden Lösungen: Acid. carbol. 1,0, Glycerin 25,0, Aqu. 75,0; oder Chloralhydrat. 2,0, Glycerin., Alcohol ää 12,0, Aqu. 75,0; oder Sublimat. 0,1, Alcohol (90%), Aqu. Laurocer. ää 5,0, Aqu. 90,0. Als juckreizlindernde Salben sind zu empfehlen: Menthol 1,0, Vaselin. 99,0; oder Acid. carbol. 1,0, Zinc. oxyd. 10,0, Vaselin. 90,0; oder Talc., Zinc. oxyd. ää 5,0, Camphor. trit. 1,0, Vaselin. 90,0. Endlich wird der Juckreiz auch gemildert durch mineralische Streupulver mit oder ohne Zusatz von 1—2% Kampfer, z. B. Talc., Bismuth. subnitr. ää 40,0, Camphor. trit. 2,0, Zinc. oxyd. 18,0. — Orthoform hat sich bei der Behandlung des Pruritus nicht bewährt. — In Fällen, die all' den erwähnten Mitteln widerstehen, ist der konstante Strom anzuwenden; event. sind, wenn es sich um lokalen Pruritus handelt, Skarifikationen oder oberflächliche Kauterisationen mit dem Thermo- oder Galvanokauter zu machen. *Götz-München.*

Darminfektion gegen allgemeinen Pruritus der alten Leute, von Parisot-Nancy. (*Presse méd.* 6. Mai 1899.) Widersteht ein Pruritus senilis der externen Therapie so nehme man seine Zuflucht zur Antisepsis des Darmkanals, bestehend in Milchdiät, Laxantien und Darmantisepticis. Parisot giebt 2 g Benzonaphthol und als Nahrung ausschliefslich 3 Liter Milch. Besserung soll auffallend sein.

E. Hopf-Dresden.

Die gute Wirkung der Milchsäure bei einigen pruriginösen Affektionen, von Du Castel. (*Journ. des Praticiens.* 1899. No. 19.) Der Verfasser hat in mehreren Fällen von pruriginösen Affektionen bei Kindern, juckenden Ekzemen, chronischer Urticaria, innerlich Milchsäure verabreicht und dabei den Eindruck gewonnen, dafs unter dem Einflufs dieser Medikation der Juckreiz sehr bald verschwindet und die Hautaffektion rasch abheilt. Ebenso schien ihm bei einigen Fällen von Prurigo Milchsäure gut zu wirken; einzelne Fälle von jahrelang bestehendem Prurigo heilten unter dem Gebrauch derselben rasch und vollständig. Allerdings versagte das Mittel auch in einzelnen Fällen von Prurigo, wie von pruriginösen Affektionen bei Kindern. Bei Duhringscher Krankheit, Prurigo senilis, Prurigo neurasthenicus war der Erfolg stets zweifelhaft. Demzufolge scheint die Milchsäure insbesondere bei pruriginösen Affektionen gastrointestinalen Ursprungs ein brauchbares Mittel zu sein. Sie wird am besten in Form von Tropfen am Beginne der Mahlzeiten gegeben, bei Kindern je nach dem Alter 6—20 Tropfen pro die in etwas Zuckerwasser, bei Erwachsenen bis zu 2 g pro die. Das Mittel wird auch bei lange fortgesetztem Gebrauch gut vertragen, nur die ganz grofsen Dosen verursachen manchmal leichte Magenbeschwerden und Diarrhöen. Bei einem Knaben trat während des Gebrauches der Milchsäure Glykosurie auf; ob es sich dabei um ein zufälliges Zusammentreffen oder um eine Folge der Medikation handelte, konnte der Verfasser bis jetzt nicht entscheiden. Auch über die Art, wie die Wirkung der Milchsäure zu Stande kommt, kann er noch nichts Bestimmtes sagen: wahrscheinlich handelt es sich um eine antiseptische Wirkung der Verdauungsorgane, die einen beruhigenden Einflufs auf das periphere Nervensystem ausübt. *Götz-München.*

Sekretionsanomalien.

Formalinbehandlung der Hyperidrosis pedum, von F. Gehrig. (*Correspondensbl. f. schweis. Ärzte.* 1899. No. 12.) Die Erhebungen der schweizerischen Militärärzte über den Wert der Formalinpinselungen bei an starken Fufsschweifsen leidenden Soldaten haben ergeben, dafs das Formalin alle Fälle von Hyperidrosis pedum für kürzere oder längere Zeit vorübergehend zu heilen vermag und somit, systematisch angewendet, im Stande ist, die Marschfähigkeit einer Truppe zu heben. Die Prozedur ist zuweilen selbst bei intakter Epidermis ziemlich schmerzhaft. Unbestritten ist allein die desodorierende Kraft des Formalins. Eine 10%ige Lösung genügt für die meisten Fälle. *I. Bloch-Berlin.*

Die Behandlung der Hyperidrosis, von Weber. (*Journ. des Praticiens.* 1899. No. 9 u. 10.) Der Verfasser unterscheidet idiopathische und symptomatische Hypertrichosis, bei der letzteren wieder Hypertrichosis bei fieberhaften Krankheiten, bei Nervosität, bei Intoxikationen und bei Cachexie. Idiopathische Hypertrichosis findet sich am häufigsten bei Leuten mit nervösem Temperament: Brompräparate, Antispasmotica und hydrotherapeutische Prozeduren thun hier, wie bei Hypertrichosis infolge von Nervosität, zumeist gute Dienste. Die Schweifse bei fieberhaften Krankheiten, die zum Teile wenigstens der Entfernung toxischer Stoffe aus dem Körper dienen, sind im allgemeinen kein Gegenstand der Behandlung; insbesondere sind die Schweifse im Beginne und bei der Krise fibriler Krankheiten nicht zu bekämpfen, eher sogar zu fördern. Hypertrichosis infolge von Intoxikation hört auf, wenn das betreffende Gift aus dem Körper beseitigt bezw. nicht mehr zugeführt wird, vorausgesetzt, dafs der Körper nicht schon zu sehr geschwächt ist. Bei den Schweifsen Kachektischer müssen in erster Linie diejenigen Symptome bekämpft werden, welche die Schweifssekretion verstärken, bei Phtisikern z. B. die Dyspnoe, der Husten, das Erbrechen.

Die Hygiene der Haut und der Bekleidung, sowie die allgemeine Diätetik ist bei der Behandlung der Hypertrichosis in allen Fällen von gröfster Bedeutung. Waschungen mit alkoholischen Flüssigkeiten (kölnisches Wasser, 4%ige alkoholische Tanninlösung), mit Essigwasser, Alaunlösung oder mit möglichst heifsem Wasser wirken stets gut. Erythematöse Stellen müssen eingepudert werden.

Zur medikamentösen Behandlung der universalen Hypertrichosis, insbesondere bei Phtisikern dienen vorzugsweise Atropin, Agaricin, phosphorsaurer Kalk, Infus von Salbeiblättern, Kampfersäure. Aufserdem werden gegen allgemeine Hyperidrosis noch verwendet, je nach der speziellen Indikation des einzelnen Falles, Ergotin, Tannin, Picrotoxin, Chininum tannicum, Sulfonal, Hydrastis canadensis, Duboisin, Zinkoxyd mit Tannin und Opium, Plumbum aceticum.

Gegen lokale Hyperidrosis der Handteller empfiehlt der Verfasser dreimal täglich wiederholte Waschungen mit folgender Lösung: Borax, Acid. salicyl. ā 15,0, Acid. boric. 5,0, Glycerin, Spirit. dilut. ā 60,0; aufserdem Applikation des konstanten Stroms. Gegen Fufsschweifs sind zweimal täglich wiederholte Fufsbäder in Abkochungen von Eichenrinde oder Nufsbaumblättern mit Zusatz von Alaun, Borax und Tinctura Benzoës zu empfehlen; die Strümpfe werden mit einem der folgenden Pulver bestreut: Kalium permangan. 3,0, Natr. salicyl. 2,0, Bismuth. subnitric., Talc. pulv. ā 40,0; oder Acid. salicyl. 5,0, Alum. pulv. 45,0. *Götz-München.*

Saprophyten und Fremdkörper.

Demodex s. Acarus folliculorum und seine Beziehungen zur Lidrandentzündung, von K. Jobbs. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1899. No. 14.) Im Anschluſs an die kürzlich referierte Arbeit Rahnlmanns über Blepharitis acarica stellte Verfasser Untersuchungen über das Vorkommen des Demodex in den Ciliarhaarbälgen überhaupt, auch den gesunden, an. Er untersuchte 50 Patienten ohne Rücksicht auf ihre Augenerkrankung, und entnahm jedem eine gröſsere Anzahl von Cilien. Das Resultat war, daſs bei 25 lebende Acari gefunden wurden. Bei gesunden Lidrändern fand der Acarus sich in 64 % der Fälle (nach Landois findet man ihn beim Menschen überhaupt in 71 %). Bei Lidrandentzündungen, die vorher nicht behandelt waren, fand man ihn in 56 %. Verfasser glaubt daraus schlieſsen zu dürfen, daſs ein Zusammenhang zwischen Acarus und Blepharitis nicht besteht. *F. Hahn-Bremen.*

Ein Beitrag zur Lehre von der multiplen Cysticerkose, von Adolf Posselt. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1899. No. 15.) Ein 25jähriger Patient erkrankte vor 2½ Jahren an Digestionsstörungen; gleichzeitig traten an verschiedenen Hautstellen kleine Geschwülste auf. Später gesellten sich epileptische Anfälle hinzu. Man findet im Unterhautzellgewebe und in der Muskulatur zahlreiche harte, erbsen- bis kleinhaselnuſsgroſse Knötchen, meistens wenig verschiebbar, auf Druck unempfindlich, von normaler Haut überzogen. Der Patient leidet an Taenia solium; er giebt an, vor Jahren viel rohes Schweinefleisch gegessen zu haben. Die Diagnose auf Cysticerkose wurde an exstirpierten Knötchen bestätigt gefunden. Die bestehende Jacksonsche Rindenepilepsie verdankt wahrscheinlich auch der Ansiedelung von Cysticerken im Hirn seine Entstehung. Interessant ist die Angabe, daſs in seinem Wohnorte noch einige andere Personen die gleichen Hautknötchen zeigen. — Einige Knötchen sollen sich spontan zurückgebildet haben. — Auffällig ist die Bevorzugung der oberen Körperhälfte und die symmetrische Anordnung der Hautknoten. — Das ganze Bild hält Verfasser für so typisch, daſs die Diagnose kaum schwierig ist. Wichtig ist die Hautcysticerkose für die Erkennung dunkler interner Prozesse, worauf schon Lewin hingewiesen hat. — Verfasser geht nun näher auf interne Cysticercuserkrankungen und deren Beziehungen zur Verbreitung der Bandwürmer ein; es würde zu weit führen, darüber eingehender hier zu berichten. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Ein Fall von Oestrus hominis, von M. Herzog. (*Med. News.* 4. März 1899.) Bei einem kleinen im Indian Territory wohnhaften Mädchen, welches seit mehreren Wochen mit fieberhaften und nervösen Erscheinungen, Appetitlosigkeit, schleimigblutigem Stuhlgang erkrankt gewesen war, bemerkte der Arzt eine kleine Vortreibung späterhin Pustelbildung in der Lebergegend zwischen der neunten und zehnten Rippe. Als nach acht Tagen incidiert wurde, kam eine lebende junge Made zum Vorschein; dieselbe wurde als Larve vom Oestrus hominis, auch Hypoderma lineata und Dermatobia noxialis, Bremse benannt, diagnostiziert. Weitere Störungen wurden nicht beobachtet. *Philippi-Itzehoe.*

Über Argyrose, von M. Menzel. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1899.) Durch jahrelange Applikation von 5—10 %igen Arg. nitr.-Lösungen auf Pharynx und Larynx hatte sich bei einem Patienten eine lokale und allgemeine Argyrose ausgebildet. Wahrscheinlich war das Verschlucken minimaler Mengen die Ursache; eine Resorption von der gepinselten Schleimhaut aus, dürfte kaum anzunehmen sein, denn eine lokale Argyrose der Conjunctiva oder der Haut bei gewerblicher Verfärbung hat noch nie

zu allgemeiner Argyrose geführt. — Bei dem in Rede stehenden Patienten ist die Schleimhaut der Rachenhöhle und des Larynx grau, grünlichgrau oder blaugrau verfärbt; die anderen sichtbaren Schleimhäute des Digestions- und Respirationstraktus sind normal. Bleigrau sind die dem Lichte beständig ausgesetzten Hautpartien des Gesichtes, des Halses und der Handrücken. Die Sklerae und Conjunctivae zeigen einen Stich ins Graue. Die von Kleidern bedeckten Teile sind fahlblafs. — Interessant ist der Wechsel der Gesichtsfarbe oftmals im Tage, zuweilen auch innerhalb weniger Minuten von Dunkel- bis Hellgrau; die erstere Nuance entspricht einer stärkeren Gesichtskongestion. Diese Erscheinung ist schon früher beobachtet worden. — Auffallend sind nervöse Abstinenzerscheinungen, die auftreten, wenn Patient zwei bis drei Wochen kein Argentum mehr zugeführt bekommen hatte. Unruhe, Schlaflosigkeit, Appetitmangel stellen sich ein. — Bei der Ablagerung der Silbers spielt, wie die Verteilung desselben ergiebt, sicher das Licht eine Rolle, indem es reduzierend wirkt. — Die Möglichkeit, dafs die Silberablagerung in Jahren wieder schwindet, ist vorhanden; es werden die Silberpartikelchen durch den Lymphstrom nach den benachbarten Drüsen verschleppt und dort abgelagert. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Mifsbildungen.

Rost demonstriert in der Berliner medizischen Gesellschaft, Sitzung vom 17. Mai 1899 (*Allgem. med. Centralztg.* 1899. No. 48) einen Fall von **Behaarungsanomalie** bei einem fünfjährigen Kinde, das auf dem Rücken eine ausgedehnte, stark pigmentierte Zone mit einem reichen Haarkleid zeigt. Vom zehnten Brustwirbel erstreckt sich die behaarte Partie bogenförmig unter den Winkeln der Schulterblätter heruntergehend nach unten über die Nates bis zur Mitte der Oberschenkel. Nach vorn fällt die obere Begrenzungslinie schräg ab, um die Mittellinie unterhalb des Nabels zu erreichen. Auf dem linken Oberschenkel erstreckt sich die Zone tiefer hinab als rechts. Hinten in der Lumbalgegend und über der Crena ani sieht man eine grofse Menge flacher Knötchen, die wenig die Haut überragen, zerklüftet sind und Haare tragen (Valvi pigmentosi pilosi). Die ganze Hautveränderung legt sich wie eine Schwimmhose um den Körper und folgt im wesentlichen dem Plexus lumbosacralis. Aufserdem finden sich noch zwei isolierte gröfsere Pigmentflecke zwischen den Schulterblättern und dem Epigastrium, welche nicht ganz symmetrisch liegen, so dafs der gröfsere Teil eines jeden der einen Körperseite angehört. Beide entsprechen auch nicht einem bestimmten Nervengebiet. Im Gesicht und an den Armen finden sich zahlreiche kleine Naevi. Spina bifida fehlt, ebenso Anomalien der Zahnbildung. Die Familienanamnese ergiebt nichts. Das Kind hat die Pigmentflecke mit zur Welt gebracht.

Bartels weist auf die Seltenheit derartiger Fälle hin. Auffallend ist in diesem Fall die starke Ausbildung der Schamhaare.

Virchow ist der Ansicht, dafs eine Spina bifida mit diesen Hautanomalien nicht in Verbindung zu bringen ist; wenn beides zusammen vorkommt, so ist es nicht Nerveneinfluſs, sondern der direkte Hautreiz, durch welchen der abnorme Haarwuchs bedingt wird. *I. Bloch-Berlin.*

Ein seltener Fall von angeborenem multiplem Naevus pigmentosus, von Burnside Foster. (*Intern. med. Magasin.* 1899. No. 5.) Verfasser giebt die Abbildung eines ausgebreiteten Naevus pigmentosus, der den ganzen Rücken bis zur Kreuzbeingegend bedeckte, im allgemeinen weich und glatt und nur an einzelnen Stellen

behaart und von zahlreichen tiefen Furchen durchzogen war. Ein zur Untersuchung exstirpiertes Stück ergab den mikroskopischen Befund genau so, wie ihn Unna in seiner Histologie schildert. *F. Hahn-Bremen.*

Über Depilation mit Röntgenstrahlen, von A. Havas. (*Orvosi Hetilap.* 1898. No. 47.) H. bekam ein 19jähriges Mädchen in Behandlung, das von einem Kollegen wegen Hypertrichosis des Gesichts mit Röntgenstrahlen behandelt wurde. Diese Partie des Gesichts wurde 27 Stunden den Strahlen ausgesetzt. Die Sitzungen dauerten 1—2 Stunden. Schon nach der zweiten Sitzung rötete sich die Haut, war geschwollen und schmerzhaft, die Sitzungen wurden aber fortgesetzt. Nach der 27. Stunde war nach Angabe der Patientin die exponierte Haut dunkelbordeauxrot, die Lippen stark geschwollen, mit Eiter bedeckt. Später entwickelte sich auf beiden Gesichtshälften und auf dem Kinn eine Ulceration. Die Schmerzhaftigkeit war so groſs, daſs Patientin nur mit Hülfe von Narcotica einschlafen konnte. Diese wunde Fläche wurde sechs Monate lang behandelt, ohne daſs gänzliche Vernarbung eingetreten wäre. Zur Zeit noch, als Patientin in seine Behandlung kam, waren noch auf beiden Gesichtshälften schlecht granulierende Geschwüre vorhanden, welche erst nach vier Wochen heilten. Um diesen herum ist die Haut teilweise bläulich verfärbt, teilweise achromatisch, die bläuliche Verfärbung (Lähmung der subpapillären Blutgefäſse) tritt noch mehr hervor bei Kälteeinwirkung. Sonst ist die Haut überall strahlig vernarbt, wodurch das Gesicht ganz verunstaltet erscheint. Nachdem die Röntgenstrahlen nicht nur auf die Haut, sondern auch auf den Organismus schädigend einwirken können; nachdem diese Schädigungen nicht sogleich, sondern später, oft nach Tagen und Wochen erst sich äuſsern und demzufolge die Bestimmung der Wirkung nicht in unserer Macht steht; nachdem die Depilation nur durch die Zerstörung der Papilla pili, oder durch Herbeiführung der Lebensunfähigkeit zu erwarten ist, so kann die radikale Depilation mit Röntgenstrahlen zur Zeit aus kosmetischen Rücksichten nicht empfohlen werden, umsomehr, abgesehen von den Gefahren der Gewebszerstörungen, nachdem dieses therapeutische Verfahren noch im Stadium des Experimentes steht. Nur in solchen Fällen, wo der Haarausfall in kurativer Hinsicht interimistisch gebraucht werden soll, wie z. B. bei Favus, Herpes tonsurans etc. capillitii, könnte man die Röntgenstrahlen anstatt des langwierigen und mühevollen Epilieren in Anwendung bringen, weil zur Hervorbringung eines einfachen Haarausfalles weder starke Ströme, noch langanhaltende Durchleuchtung notwendig ist und die Durchleuchtung aus groſser Distanz vollzogen werden kann. *A. Alpár-Alexandria.*

Ein Fall von kongenitalen Hautdefekten, von Csatkai. (*Gyógyászat.* 1899. No. 39.) Die 36jährige Patientin, die bereits sieben Kinder zur Welt brachte, gebar zuletzt nach ausgetragener Schwangerschaft Drillinge, von denen das erste ein normal entwickeltes Kind war, das zweite ein Foetus papyraceus, diesem folgte ein normal entwickeltes Kind mit folgenden Hautdefekten: in der rechten Kniebeuge ein 3 mm breiter und 4 cm langer, transversal verlaufender Streifen, in der rechten Schenkelbeuge ein paralleler Streifen von 3 cm Länge, in der linken Schenkelbeuge vier linsengroſse Defekte, auf der äuſseren Fläche des linken Oberschenkels, in der linken Kniebeuge und an der Auſsenfläche des linken Unterschenkels laufen in der Achse des Körpers 1—1½ cm lange Hautdefekte. Beinahe bei allen Hautdefekten bilden die Fortsetzung blaſsrote Narben. Die Defekte ähneln in vieler Beziehung einem Decubitus. Die Hautdefekte heilten im Verlaufe von 8—10 Tagen.

A. Alpár-Alexandria.

Verschiedenes.

Die rotbraune Färbung der weifsen Wäsche wird von allen Handbüchern als Übelstand bei der Anwendung von Chrysarobin oder Goapulver hervorgehoben. Durch sorgsames Waschen pflegt die Farbe in schmutziges Violett überzugehen. Zur gänzlichen Austilgung ohne Benachteiligung des farblosen Gewebes bestreicht man die Flecke mit einer starken wässerigen Lösung von Kalium permanganat und entfernt die dadurch entstandenen, dunkelbraunen Flecke nach einer halben Stunde durch Anfeuchten mit der käuflichen wässerigen Lösung von schwefeliger Säure. Auch durch Chrysarobin auf der menschlichen Haut erzeugte Flecken lassen sich auf die angegebene Weise entfernen, ohne die Heilwirkung des Mittels zu beeinträchtigen.

(*Pharm. Centralhalle.* 1899. No. 31.)

Hauttransplantation durch getrocknete Epidermisschuppen, von J. L. Wiggins. (*Lancet.* 16. Sept. 1899. Nach *Railway Surgeon.*) Die Methode ist von J. F. Hodgen 1871 schon angegeben worden und wird folgendermafsen ausgeführt: zunächst wird der Fufs gründlich abgebürstet, um die äufsere Epidermisschichte zu entfernen, und in einer starken Sublimatlösung gebadet, worauf ein feuchter Verband mit Borwasser aufgelegt wird, der zwölf Stunden liegen bleibt. Alsdann wird mit einem stumpfen Messer die Fufssohle abgekratzt und die so erhaltene Zellenmasse wird in einem Mörser auf dem Wasserbade bei 43°—44° C. gründlich getrocknet. Das Auftragen der getrockneten Zellen geschieht auf zweierlei Weisen. Entweder bedeckt man das Ulcus mit gewöhnlichem Guttaperchapapier, das in Zwischenräumen von 1/8 Zoll durchlocht ist, oder auch man steckt ein ca. 1/4 Zoll breites Gebiet am Rande ab, das man mit den Zellen bestreut; das Centrum wird mit Gazestreifen bedeckt, während die bestreute Zone mit Streifen von Guttaperchapapier belegt wird. Über das Ganze kommt ein gewöhnlicher Verband. Bei kleineren Geschwüren bis zu etwa zwei Zoll Gröfse kommt man mit einfachem Bestreuen aus. Ein feiner Überzug von Epidermis soll oft schon in 24 Stunden zu erkennen sein und vollständige Heilung von Geschwüren von Zollgröfse in zehn Tagen. *Philippi-Itzehoe.*

Neurektomie zur Verhütung von Onanie, von A. C. Clark und H. E. Clark. (*Lancet.* 23. Sept. 1899.) Bei einem 47jährigen Manne, welcher seit etwa drei Jahren geisteskrank gewesen war, wurde zur Beseitigung der sonst nicht zu beeinflussenden masturbatorischen Neigungen aus jedem der Nervi afferentes penis ein 1/2 Zoll langes Stück unter sorgfältigster Aseptik reseziert. Seitdem hat Patient nicht mehr masturbiert und hat sich nach zeitweiliger ausgesprochener Depression in jeder Beziehung wesentlich gebessert. Seit der Operation sind zwei Jahre vergangen.

Philippi-Itzehoe.

Aus dem Beiheft von Börners Reichs-Medizinal-Kalender für 1900 erwähnen wir als interessierend: **Therapeutische Notizen aus Prof. Dr. Lassars Klinik für Hautkrankheiten und Syphilis** (beachtenswert eine gedruckte Karte: Verhaltungsmafsregeln für Syphilitische während und nach der Behandlung, die jedem Patienten der öffentlichen Sprechstunden mitgegeben wird); ferner: **Die Technik der der Impfung**, von Leonh. Voigt. *F. Hahn-Bremen.*

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XXX. No. 2. 15. Januar 1900.

Aus der dermatologischen und urologischen Abteilung des Kaiserlich Ottomanischen Marine-Hospitals zu Konstantinopel.

Histologische Untersuchung über die Wirkung des Chrysarobins.

Von

Dr. Menahem Hodara-Konstantinopel.

Während die Einwirkungen des Pyrogallols, des Resorcins, der Salicylsäure u. s. w. auf die Haut schon längst histologisch untersucht sind, liegen solche Untersuchungen für das Chrysarobin meines Wissens noch nicht vor. Ich habe mich daher dieser Mühe unterzogen.

Der Arbeit liegen drei Versuchsreihen zu Grunde und zwar wurde untersucht: 1. die Einwirkung des Chrysarobins auf die Haut des Kaninchenohres; 2. auf die gesunde Haut des Menschen, und 3. seine Wirkungsweise bei Krankheiten, in denen es gewöhnlich zur Anwendung kommt, z. B. beim Eccema seborrhoicum psoriasiforme (Unna), bei der Psoriasis anderer Autoren und endlich in einigen Fällen von Alopecia areata.

In der folgenden Abhandlung wird nur die erste Reihe von Versuchen, die sich auf das Kaninchenohr beziehen, beschrieben; die beiden andern Abschnitte sollen später veröffentlicht werden.

Bevor ich aber in meine eigentlichen Mitteilungen eintrete, sei es mir gestattet, dem Leser kurz ins Gedächtnis zurückzurufen, wie Unna sich in seinem Buch: „Resorcin und Ichthyol, zwei reduzierende Mittel“ [1] über die Wirkung des Chrysarobins ausgesprochen hat. Ich drucke hier die Zusammenfassung der Unnaschen Ansichten ab, wie sie sich in Leistikow: „Therapie der Hautkrankheiten,“ [2] S. 72, findet:

„Chrysarobin: Schwache Einwirkung auf unverletzte Haut bewirkt aufserordentlich schnelle keratoplastische Wirkung und „Abschiebung der Hornschicht“ (Unna), Verkleinerung der Blutgefäfse und damit Abnahme etwaiger entzündlicher Symptome. Starke Einwirkung bewirkt eben-

[1] Verlag von Leopold Voss, Hamburg 1886.
[2] Verlag von Leopold Voss, Hamburg 1897.

falls starke Keratoplasie, andererseits aber mehr oder minder heftige entzündliche Reaktion mit Ödem und Blasenbildung und Erweichung des kollagenen Gewebes. Die enorme Reduktionswirkung des Chrysarobins verbietet seine Anwendung auf verletzte Haut, es sei denn in minimaler, 0,5—1%iger Konzentration. Charakteristisch für Chrysarobin ist die Entfärbung der erkrankten Hautpartie bei gewissen Hautaffektionen, welche wenn sie vollkommen gelingt, gleichzeitig das Merkmal für die perfekte Heilung ist, und die rötlich braune Verfärbung der umgebenden gesunden Hautdecke u. s. w."

Ich füge hier noch eine Tabelle bei, die UNNAS Buch: „Resorcin und Ichthyol" (S. 15) entnommen ist und die eine ungefähre Übersicht über die Wirkung des Chrysarobins und aller andern reduzierenden Mittel gewährt:

	Schwache Dosis bewirkt:	Starke Dosis bewirkt:
In jeder Dosierung	1. Stärkere Verhornung.	1. Stärkere Verhornung.
	2. Dunkle Hornfärbung.	2. Dunkle Hornfärbung.
Je nach der Dosierung verschieden	3. Jucken.	3. Meistens Schmerz, seltener Jucken.
	4. Beseitigung der Entzündung.	4. Entzündung.
	5. „ „ Anschwellung.	5. Anschwellung (Ödem).
	6. Pustelbildung.	6. Beseitigung von Pusteln und Furunkeln.
	7. Schmerzlinderung.	7. Schmerzhaftigkeit.
Nur bei starker Dosierung wahrnehmbar	8. „	8. Blasenbildung.
	9. „	9. Erweichung von kollagener Bindesubstanz.

Ich lasse nun den Bericht über die Versuche folgen, die ich an der Haut des Kaninchenohrs angestellt habe; es sind deren im ganzen sechs.

Erster Versuch.

Das Kaninchenohr wurde mit einer 2½%igen Chloroformlösung des Chrysarobins betupft, nach 24 Stunden wurde das betreffende Hautstück ausgeschnitten. Die Untersuchung deckte folgende Veränderungen auf: Makroskopisch hat die Haut eine dunkelbraune bis schwärzliche Färbung angenommen. Mikroskopisch gewahrt man eine geringe Erweiterung der grofsen Hautgefäfse; in denselben besteht eine Anschoppung von roten Blutkörperchen. Die Hornschicht der Epidermis ist stellenweise verdickt und in ihren oberen Schichten exfoliiert; dabei hat sie eine etwas dunklere Färbung angenommen und das Pigment ihrer basalen Lage ist hin und wieder etwas vermehrt. Im ganzen verleiht das Chrysarobin hier nur eine ganz geringe Weinhefenfarbe; man findet dieselbe an den Rändern der Vacuolen der Talgzellen, an den zarten inneren Hornwänden der Ausführungsgänge, an der inneren Hornscheide, welche die Haare vom Grunde der Drüse bis über die Follikelöffnung hinaus umgiebt, endlich an der

basalen Hornschicht und an einigen zarten Hornlamellen in der Höhe der Haarfollikelöffnung. Die mittleren Lagen der Hornschicht werden dagegen von der Chrysarobinfärbung nicht betroffen. Weitere Veränderungen sind an den Schnitten nicht zu bemerken.

Zweiter Versuch.

Ein kleines Stückchen 10%igen Chrysarobinpflasters wurde auf einen Teil des Kaninchenohres aufgeklebt und 24 Stunden lang darauf belassen; alsdann wurde die Haut ausgeschnitten. Sie hatte sich zuerst dunkelbraun und dann rot gefärbt. Mikroskopisch fanden sich die nämlichen Veränderungen wie beim ersten Stück. Ein Unterschied bestand nur insofern, als hier sämtliche Gefäfse der Cutis erweitert waren, auch die Erweiterung der Gefäfse und die Stauung der roten Blutkörperchen bedeutender erschien. Aber auch eine Anschoppung weifser Blutkörperchen ist namentlich in einzelnen erweiterten kleinen Gefäfsen unverkennbar; ja man kann fast von einer Thrombose vielkerniger Leukocyten reden. Auch eine Diapedese beobachtet man in der ganzen Cutis, besonders natürlich um die kleinen Gefäfse herum. In der Epidermis ist die Hornschicht etwas stärker gefärbt und etwas mehr verdickt; die oberen Lamellen sind gelockert und blättern ab. Die nämlichen Teile wie beim ersten Versuch sind auch wieder schwach weinhefenfarben gefärbt. Damit sind alle Veränderungen erschöpft.

Dritter Versuch.

Auf das linke Ohr eines Kaninchens wird ein Stückchen 10%igen Chrysarobinpflasters geklebt und fünf Tage lang liegen gelassen; dann wurde die betreffende Haut ausgeschnitten. Schon am zweiten Tage hatte sie sich unter dem Pflaster braun, am dritten rot gefärbt und war etwas geschwollen.

Mikroskopisch erweist sich die Hornschicht verdickt, stärker gefärbt, in ihren oberen Lamellen gelockert und exfoliierend. In einer wechselnden Tiefe der Epidermis sind die Follikel und Drüsen völlig nekrotisiert, stellenweise sogar schon gelockert und im Begriffe, sich in Form einer Schuppe abzustofsen. Unterhalb solcher Schuppen gewahrt man eine beträchtliche Hypertrophie und mitotische Proliferation basaler Epithelzellen: auch ist schon die Neubildung einer jungen Epidermis mit stellenweise vollständig entwickelten Follikeln und Drüsen erkennbar; letztere sind zwei- bis viermal gröfser als in der alten Epidermis, und zwar infolge der Hypertrophie und Hyperplasie ihrer Stachelzellen. Die nekrotische Epidermis darüber hebt sich schuppenförmig ab. Die nekrotischen Zellscheiden der Follikel und die gleichfalls nekrotischen äufseren Zellreihen der Talgdrüsen sind in eine homogene Masse umgewandelt, innerhalb

welcher das Zellprotoplasma ineinander geflossen und entfärbt ist, die Zellkerne gleichfalls entfärbt oder atrophiert oder auch zertrümmert sind; die einzelnen Stücke sind dann gefärbt und zu unregelmäfsigen Haufen zusammengeballt. Auf dieser ganzen nektotischen Epidermis findet nun eine aufserordentliche Anhäufung von hellgelbem, zum Teil auch dunklerem Pigment statt, welches an einzelnen Punkten seiner Unterlage in einer dicken Schicht aufliegt. Die Nekrose wird auch von einer mäfsigen Diapedese begleitet, wobei die Leukocyten zum Teil zusammengeballt sind; andernteils sind ihre Kerne auch zerfallen und deren Trümmer dann zusammengeballt.

An dieser nekrotischen Schicht sind nun schon die bei den früheren Versuchen erwähnten Teile lebhaft weinheferot gefärbt, also die Ränder der Talgzellenvacuolen, die zarten inneren Wände der Ausführungsgänge, die innere Hornscheide der Follikel, die vom Grunde der Drüse bis zum Orificium folliculi dem Haar innig anliegt, endlich auch die basale Hornschicht und stellenweise einzelne zarte obere Hornlamellen, besonders an der Peripherie der Follikelöffnungen; die mittleren Lagen der Hornschicht bleiben, abgesehen von einigen schmalen und kurzen roten Streifen, von dem Chrysarobin ungefärbt.

Unterhalb der nekrotisch sich abhebenden Epidermisschicht hat sich eine Hypertrophie der basalen Stachelzellen nebst mitotischer Zellproliferation entwickelt. Gleichzeitig hat die Neubildung einer sehr massigen Stachelschicht statt, deren Zellreihen um zwei- bis dreimal zahlreicher sind, als in der alten Epidermis, die nur 5—6 Reihen aufwies. Auch ist jede einzelne Stachelzelle viel gröfser als im Normalen, mit einem grofsen, ovalären, sehr chromatinreichen Kern und einem stark hypertrophischen, gut gefärbten Protoplasma. Recht beträchtlich ist die Anzahl der Mitosen. Oberhalb der jungen Stachelschicht gewahrt man die neugebildete Körnerschicht, die teilweise schon völlig ausgewachsen und ebenfalls viel dicker ist als die frühere Epidermis. Sie setzt sich aus drei bis vier Reihen viel umfangreicherer Körnerzellen zusammen, die einen sehr grofsen Kern und stark hypertrophisches Protoplasma mit grofsen Stücken Keratohyalin enthalten. Die Hornschicht über dieser jungen Körnerschicht ist nur stellenweise neugebildet und besteht dann aus einer hellen, verhältnismäfsig zarten Lage mit nur wenig Pigment. An jenen Stellen, wo die frische Epidermis schon von der neuen Hornschicht bedeckt ist, hebt sich die tote Epidermis völlig ab, genau wie eine Schuppe. An anderen Stellen dagegen, wo die Neubildung noch nicht so weit vorgeschritten ist, sind die abgestorbene Epidermis und die darunter liegende proliferierende Stachelschicht noch fest mit einander verwachsen.

Unterhalb der nekrotischen Follikel und Drüsen, die sich bald mitsamt ihrer Epidermis abstofsen werden, erblickt man bereits neue, ungefähr

viermal gröfsere Follikel und Drüsen. Ihre Neubildung erfolgt im Wege mitotischer Proliferation abseiten der basalen Stachelzellen, die in der Tiefe, dicht an der Cutis neue Zellscheiden für die Follikel bilden. Die Anzahl der Stachelzellreihen ist dabei ungefähr doppelt so grofs wie ehemals und jede Zelle wiederum ist nahezu zweimal so umfangreich, mit einem sehr grofsen, ovalären Kern und sehr reichlichem gut gefärbten Protoplasma. Die Zahl der Mitosen in diesen neuen Follikelscheiden ist äufserst beträchtlich. Die Stachelzellreihen ihrer inneren Teile sind in eine homogene Hornschicht (oder innere Wurzelscheide) umgewandelt. Im Centrum befinden sich die allseitig umgebenen neugebildeten Haare, und im Grunde, der inneren Hornscheide, an der Öffnung der jungen Follikel beginnt die Umwandlung der inneren Reihen der Stachelzellen in eine Körnerschicht, die viel dicker ist, als im Normalen. Sie setzt sich nämlich aus 4—6 Reihen sehr umfangreicher Körnerzellen zusammen, jeder Kern enthält grofse Stücke Keratohyalin. Später formt sich dann diese neue Körnerschicht an der inneren Seite der Follikelöffnung in eine Hornschicht um. Die Neubildung der Talgdrüsen erfolgt in zweierlei Weise: entweder auf beiden Seiten der Follikelscheiden, indem die Stachelzellen der Scheiden daselbst zu seitlichen Drüsenzellen anschwellen und allmählich in Talgzellen übergehen. Dann entstehen in der Mitte dieser Drüsenknospen kleine Ausführungsgänge, die innen mit einer zarten Hornschicht ausgekleidet sind und sich im mittleren Teil des Follikels seitlich von den Haaren öffnen. Oder aber die Neubildung der Talgdrüsen erfolgt durch unmittelbare Proliferation der basalen Stachelzellen, die gegen die Cutis hin wachsen und kurze Zellscheiden bilden, welche innen mit einer Hornschicht ausgekleidet sind und in stark vergröfserte Zellen ausmünden. Diese letzteren wandeln sich dann später in Talgzellen um, während die kurzen Zellscheiden als Ausführungsgänge verwandt werden, die dicht an der Oberfläche seitlich von der Follikelöffnung münden. Unmittelbar um die follikulären Zellscheiden und Drüsen hat dann die Neubildung fibröser Scheiden statt. Diese erfolgt durch Proliferation von Bindegewebszellen zu 3—4 parallelen Reihen; die einzelnen Zellen besitzen abgeplattete Kerne und liegen auf Bindegewebsfasern, die ihrerseits in parallelen Kreisen die neugebildeten follikulären Zellscheiden und Drüsen umgeben.

An der Cutis sind entzündliche Veränderungen vorhanden; alle Gefäfslumina sind erweitert und mit roten Blutkörperchen vollgepfropft. In den Lichtungen der gröfseren Gefäfse sind die Erythrocyten teilweise zerfallen; sie haben dann ihre runde Form eingebüfst, haben sich zerkrümelt und bilden körnige, auch wohl glänzende Massen, die stellenweise einen richtigen Thrombus darstellen. Aufserdem befinden sich entweder innerhalb dieser erythrocytären Massen oder auch neben ihnen Leukocyten. Doch auch diese sind verändert, in hyaline, glänzende,

runde oder unregelmäfsige Körper umgewandelt; ihre Kerne färben sich mit Methylenblau und Orcein ganz rot, während normaliter eine Blaufärbung eintritt. Im Innern einzelner solcher hyaliner Körper sind bisweilen noch Kerntrümmer vorhanden, deren Umwandlung in hyaline Masse noch nicht beendet ist und die sich daher noch schwach blau färben. Die hyalinen, leukocytären Körper stehen entweder jeder für sich, oder mehrere derselben haben sich zu einem gröfseren Körper oder zu ganzen Streifen und groben hyalinen Netzen vereinigt. Teilweise endlich sind sie auch in gröfsere und kleinere Krümel zerfallen, die sich mit Orcein stark färben und sich hierdurch sowohl wie durch ihr ganz anderes Aussehen von den erythrocytären Massen unterscheiden. Beide nun, die erythrocytären Massen sowohl wie die hyalinen leukocytären, bilden bald jede für sich, bald gemeinsam teilweise Thromben in einzelnen gröfseren Gefäfslumina.

In der Cutis besteht eine Erweiterung der Lymphspalten, etwas lymphatisches Ödem, etwas Schwellung der kollagenen Fasern, sowie Proliferation der Bindegewebszellen nebst Hypertrophie ihres spongiösen Protoplasmas. Eine Diapedese ist in der Cutis nur schwach angedeutet; gegen die nekrotische Epidermis dagegen wandern die weifsen Blutkörperchen in grofser Menge. Etwas lebhafter gestaltet sich die Diapedese an jenen Stellen, wo die Neubildung der Epidermis noch nicht beendet und die nekrotische Oberhaut mit ihr noch verwachsen ist. Indem die Leukocyten zu dem nekrotischen Herd ziehen, erleichtern sie die Neubildung und bewirken eine schnellere Abstofsung des toten Gewebes.

Vierter Versuch.

Ein kleines Stückchen 10%igen Chrysarobinpflasters wurde wieder auf das linke Ohr eines Kaninchens aufgeklebt und zehn Tage lang liegen gelassen. Bis zum vierten Tage nahm die entzündliche Rötung unter dem Pflaster zu, alsdann liefs sie wieder nach und es entwickelte sich nun an ihrer Stelle eine Kruste, die, als das Pflaster am zehnten Tage abgenommen wurde, sich gleichfalls gelockert hatte und im Begriff stand, abzufallen. Das Stückchen Haut unter dem Pflaster wurde nunmehr für die mikroskopische Untersuchung ausgeschnitten.

Es zeigen sich hier dieselben Veränderungen wie beim Präparat des dritten Versuches, bei dem das Pflaster nur fünf Tage gelegen hatte. Wieder ist die Hornschicht verdickt und stärker gefärbt, die oberen Hornlamellen exfoliieren. Darunter hat gleichfalls wieder eine Nekrose der Epidermis mitsamt ihren follikulären Zellscheiden und den äufseren Zellreihen der Talgdrüsen stattgefunden. Das Zellprotoplasma innerhalb dieser nekrotischen Schicht ist homogenisiert und ineinander gelaufen, die Kerne atrophiert, zerfallen, und ihre Trümmer entweder zusammengeballt

und gefärbt oder ungefärbt. Stellenweise besteht auf dieser nekrotischen Schicht eine mäfsige Auswanderung weifser Blutkörperchen, mit ebenfalls bald unversehrten, bald zerfallenen Kernen. Was hier aber besonders auffällt, das ist die Ansammlung einer bedeutenden Menge gelben bis braunen Pigments. Die nekrotische Schicht wird davon nicht nur stellenweise ganz bedeckt, sondern ist auch in allen ihren schon erwähnten Bestandteilen von dem Chrysarobin weinhefenrot gefärbt. Unterhalb dieser toten Epidermis mit ihren Follikeln und Drüsen, die in eine sich ablösende Schuppe verwandelt ist, besteht neben mitotischer Proliferation eine starke Zellhypertrophie und die Bildung einer neuen Epidermis mit neuen Follikeln und Drüsen, die infolge von Hypertrophie und Hyperplasie der Stachelzellen vier- bis fünfmal umfangreicher sind. Desgleichen sind hier auch die Zellreihen doppelt so zahlreich, die Mitosen sind ganz besonders reichlich und jede einzelne Zelle ist doppelt so grofs, wie in der alten Epidermis, den alten Drüsen und Follikeln. Überhaupt unterscheidet sich dieses Präparat gegen die früheren nur dadurch, dafs die neue Epidermis bereits vollkommen entwickelt ist, mit einer viel dickeren Körnerschicht und mit einer einheitlichen, hellen, fast ganz farblosen Hornschicht, von welch letzterer die Abstofsung der alten Epidermis bewirkt wird. Ebenso sind in diesem Präparat auch die Drüsen und Follikel schon voll entwickelt und weisen in ihren neuen Scheiden schon überall frische, im Wachstum begriffene Haare von verschieden starker Färbung auf. Die Scheiden sämtlicher Follikel sind fibrös und enthalten bereits neugebildete M. arrectores pilorum. Diese sitzen seitwärts an den jungen Follikeln und bestehen aus 2—3 schräg parallelen Reihen grofser abgeflachter Muskelkerne, die sich zu zarten parallelen und schrägen Muskelfibrillen zusammenfügen und schräg nach oben bis zum Beginn der Epidermis verlaufen. Die Neubildung von Follikeln und Drüsen erfolgt auf dem Wege der Proliferation der basalen Stachelzellen; diese bilden in der schon früher beschriebenen Weise neue follikuläre Zellscheiden und neue Talgdrüsen. Die Färbung der neuen Gebilde ist noch eine mangelhafte; ganze Gruppen von Epithelzellen entbehren noch des Pigments.

Auf der Cutis treffen wir die schon bekannten Veränderungen: Erweiterung der Gefäfse, deren Lichtung mit Blutkörperchen vollgestopft ist. Hier und da haben die roten Blutkörperchen schon Veränderungen erfahren, ihre Form eingebüfst, sind zerfallen und bilden körnige Massen, die sich zusammenhäufen und das Gefäfslumen teilweise in Form erythrocytärer Thromben ganz ausfüllen. Auch veränderte Leukocyten kommen in den Gefäfsen vor; sie sind alsdann in hyaline, glänzende, runde Körperchen umgewandelt, die nicht immer isoliert bleiben, sondern sich wohl auch mit den roten Blutkörperchen mischen. Sie bilden gleichfalls

Thromben, hyaline, leukocytäre Thromben, die aber das Lumen nur teilweise ausfüllen. Sie bilden entweder runde Gruppen oder grobmaschige Netze oder regellose Haufen und färben sich stark und gründlich mit Orcein, während normaler Weise nur ihre Kerne mit Methylenblau färbbar sind. Andererseits kommen in der Cutis aber auch Gefäße mit unveränderten Blutbestandteilen vor. In der ganzen Cutis besteht eine Proliferation und Protoplasmahypertrophie der Bindegewebszellen, eine Erweiterung der Lymphspalten, etwas lymphatisches Ödem und eine geringgradige Schwellung des leimgebenden Gewebes. Die Auswanderung weißer Blutkörperchen ist ganz unbedeutend, was eigentlich selbstverständlich ist, da sich die Abstoßung der Epidermisschuppe beinahe schon überall vollzogen hat.

Fünfter Versuch.

Bei diesem Versuch wurde das Chrysarobin in Form einer $2^1/_2$%igen Chloroformlösung auf das Kaninchenohr aufgetragen; sechs Tage hintereinander wurde jeden Tag einmal etwas aufgepinselt. Nach 1—2 Tagen färbte sich die so behandelte Hautstelle dunkelbraun; am dritten bis vierten Tage war sie röter und stärker geschwollen als in den früheren Versuchen. Am sechsten Tage wurde das entzündete Stück ausgeschnitten.

Unter dem Mikroskop erkennt man, daß die Hornschicht stärker gefärbt und dicker ist und daß die oberen Hornlamellen abblättern. Die Epidermis darunter ist bis zu wechselnder Tiefe in eine nekrotische Schicht umgewandelt, auf der ein gelbes bis braunes Pigment in großer Menge auflagert. Das Zellprotoplasma daselbst ist homogenisiert, ungefärbt, die Zellränder sind verschwommen, die Kerne zerfallen, atrophisch und farblos. Als neu kommt hier eine wechselnde Exsudatmenge hinzu, die namentlich in den mittleren und unteren Teilen der nekrotischen Lage recht beträchtlich ist und überall Serum enthält. Dieses ist zum Teil zu kleinen Körnern und Fibrillen geronnen und mit vereinzelten oder zusammenklebenden Leukocyten untermischt. Auch unter dem abgestorbenen Gewebe findet sich stellenweise noch Exsudat; es bildet daselbst eine flache seröse Schicht zwischen den nekrotischen Zellreihen, soweit es nicht zu intercellulären, seroleukocytären Vesikeln zusammengeflossen ist; solche Bläschen haben bald regelmäßige, bald unregelmäßige Gestalt und wölben die nekrotische Schicht nach oben. Die untersten Zellreihen dieses exsudathaltigen abgestorbenen Gewebes sind zum größten Teil noch nicht ganz nekrotisiert, vielmehr zum Teil durch das Exsudat homogenisiert; ihr Zellprotoplasma ist aber nur sehr schlecht färbbar, die Zellränder verschwommen und kaum erkennbar. Außerdem enthält das Protoplasma dieser nur halbwegs abgestorbenen Zellen Vakuolen, die teils durch Zwischenmasse voneinander getrennt sind, teils in Verbindung stehen

und alsdann einen gröfseren Hohlraum darstellen; ja, zuweilen befindet sich an Stelle des Protoplasmas eine grofse Höhle, in der man kaum noch schwach gefärbte Protoplasmateile findet. Die Kerne jener halb nekrotischen Zellen sind zum Teil recht gut gefärbt, andere dagegen sind atrophisch, schwachgefärbt und stehen im Begriff, sich aufzulösen.

In der nekrotischen Epidermis und in den Vesikeln bemerkt man eine grofse Menge eingewanderter Leukocyten mit zum Teil unversehrten Kernen; andererseits sind diese aber auch zertrümmert und zu leukocytären Krusten zusammengeballt; auf diese Weise tragen auch die Leukocyten zur Bildung und zur Entfernung des nekrotischen Schorfs bei.

Unterhalb des abgestorbenen Gewebes und der Vesikel beginnt eine Hypertrophie und mitotische Proliferation der basalen Epithelzellen, woraus sich eine neue Epidermis mit neuen Follikeln entwickelt. Diese Hypertrophie und Proliferation sind freilich unterhalb der Ansammlung von Exsudat in der nekrotischen Epidermis noch recht gering; kaum dafs man hier einige gut gefärbte Reihen neugebildeter basaler Stachelzellen erkennen kann. An den anderen Punkten dagegen sind Hypertrophie und Proliferation von mitotischen Zellen recht kräftig, so dafs hier die Neubildung der jungen Epidermis schon recht weit vorgeschritten ist. Denn man stöfst hier schon auf 4—5 Reihen grofser, neugebildeter Epithelzellen, deren jede doppelt so grofs ist wie im Normalen, einen grofsen ovalen Kern und viel schöngefärbtes, hypertrophisches Protoplasma enthält. Auffallend ist dabei die grofse Menge von Mitosen. Im ganzen vollzieht sich also die Neubildung unter der Ansammlung von Exsudat und Vesikeln innerhalb der nekrotischen Epidermis viel langsamer als an den Punkten, woselbst die Epidermis frei von Exsudat ist.

Gleichzeitig mit der nekrotischen Epitheldecke sind auch die Drüsen und die Follikel nekrotisiert und werden mit jener später als eine zusammenhängende Schuppe abgestofsen. In den follikulären Zellscheiden und den abgestorbenen Zellreihen der Talgdrüsen ist das Zellprotoplasma homogenisiert, farblos und verschwommen, die Kerne atrophisch und zerfallen; daneben besteht eine starke Pigmentanhäufung und eine Diapedese weifser Blutkörperchen, die teils unversehrt, teils zerfallen sind; in letzterem Falle häufen sich ihre Trümmer stellenweise an. An der gesamten nekrotischen Schicht sind wieder genau dieselben Teile wie beim vorhergehenden Präparat von dem Chrysarobin weinheferot gefärbt. Unter dem toten Gewebe setzt schon wieder die Neubildung von Drüsen und Follikeln ein, indem die basalen Epithelzellen von der Cutis her proliferieren und neue follikuläre Zellscheiden mit neuen Drüsen bilden, wie das in derselben Weise schon bei den vorhergehenden Präparaten beschrieben ist. Die jungen Follikel und Drüsen befinden sich in den verschiedensten Stadien der Entwickelung. Während die einen erst eben anfangen, sich

zu formen, haben die anderen ihr Wachstum bereits völlig durchlaufen, wobei sie einen drei- bis viermal gröfseren Umfang als im Normalen erreicht haben und dementsprechend auch zwei- bis dreimal mehr Zellreihen neben äufseren zahlreichen Mitosen aufweisen. Desgleichen ist jede einzelne Stachelzelle der neuen Drüsen und Follikelscheiden doppelt so grofs wie im Normalen. Dies alles trifft aber nur für die wenigsten Follikel zu, denn die meisten sind, wie gesagt, noch gar nicht fertig und enthalten auch noch keine jungen Haare, wie denn auch bei den meisten jungen Talgdrüsen die Umwandlung der Stachelzellen in Talgzellen noch erst bevorsteht. Doch vollzieht sich dieser ganze Prozefs auf der neuen Oberflächenepidermis verhältnismäfsig etwas schneller; dies aber nur dort, wo unterhalb der nekrotischen Schicht kein Exsudat angesammelt ist; denn die Anhäufung von Exsudat und Vesikeln verzögern augenscheinlich den Vorgang der Neubildung. Bei einzelnen im Wachstum schon weit vorgeschrittenen follikulären Zellscheiden ist an der Follikelöffnung schon eine recht dicke neue Körnerschicht im Wachstum begriffen, während sich von einer Hornschicht noch nirgends eine Spur findet. Alle jungen Follikel und Drüsen sind von neugebildeten fibrösen Scheiden umgeben, die sich aus 3—4 Reihen flacher Kerne von Bindegewebszellen zusammensetzen, die Kerne liegen auf Bindegewebsfasern, welche ihrerseits die neuen Follikel und Drüsen in parallelen Kreisen ringsherum umgeben.

Auf der Cutis sind sämtliche, schon bei den früheren Präparaten aufzählten Veränderungen etwas stärker ausgebildet. Die Gefäfslumina sind ungeheuer erweitert und mit roten Blutkörperchen vollgestopft; letztere sind nicht überall unverändert geblieben, haben vielmehr teilweise absonderliche, unregelmäfsige Formen angenommen oder sind ganz in Trümmer gegangen und die Trümmer sind zu einer unförmigen körnigen Masse zusammengeballt, die einen richtigen erythrocytären Thrombus darstellt. Teilweise mit dieser Thrombenmasse vermischt, teilweise vereinzelt gewahrt man auch Leukocyten. Diese sind entweder in hyaline, bald lose, bald zusammengeballte Körper umgewandelt oder sie sind ganz zerfallen und verkleben dann gleichfalls zu einer einzigen — hyalinen — Masse im Innern des Gefäfslumens. — Die Lymphspalten sind beträchtlicher erweitert, es besteht lymphatisches Ödem neben Schwellung der kollagenen Fasern, das Spongioplasma der cutanen Bindegewebszellen endlich ist proliferiert und hypertrophisch. Die Auswanderung der weifsen Blutkörperchen ist stärker als bei den frischen Präparaten; stellenweise, namentlich unterhalb der nekrotischen Hautteile, sind sie in ganz ungeheuern Mengen angesammelt; hier bewirken sie die Abstofsung des Ätzschorfs. Im Verhältnis zu dieser hochgradigen Diapedese ist die Auswanderung weifser Blutkörperchen bei den vorhergehenden Präparaten, bei denen Chrysarobinpflaster zur Anwendung kamen, als eine unbedeutende zu bezeichnen.

Sechster Versuch.

Bei diesem Versuch wurde das Kaninchenohr an sechs aufeinanderfolgenden Tagen täglich einmal mit einem 30%igen Chrysarobinstift nach UNNA geätzt. Am zweiten Tage färbte sich die Haut dunkelbraun; am dritten bis vierten Tage stellte sich eine viel bedeutendere Rötung und Schwellung ein als wie bei dem vorhergehenden Versuch. Am vierten Tage löste sich infolge der mechanischen Reibung des Ätzens schon ein Stückchen Epidermis ab, unter der sich eine kleine Erosion gebildet hatte. Diese Erosion wurde am folgenden Tage auch wieder geätzt; nach weiteren 24 Stunden hatte sich ein eitriges Exsudat darauf entwickelt, aus der Erosion war fast ein Geschwür geworden. In diesem Falle fertigte ich zwei Präparate an; das eine stammte aus der roten und geschwollenen, aber nicht erodierten Haut, das zweite war gerade aus der Erosion genommen.

Mikroskopische Untersuchung des ersten, nicht erodierten Präparats.

Es treten uns hier wieder dieselben Veränderungen wie im vorhergehenden Versuch entgegen; die Hornschicht ist verdickt und pigmentiert. letzteres besonders an ihrem basalen Teil; in ihrem mittleren und oberen Teil blättert sie sich in zahlreiche einzelne Hornlamellen auf. Unter ihr hat sich die Epidermis wieder in eine nekrotische Masse umgewandelt, die sehr viel Pigment enthält, deren Zellprotoplasma aber farblos und homogen ist; die Kerne sind atrophisch oder zerfallen. An mehreren Punkten hat sich wieder seröses, leukocytenhaltiges Exsudat angesammelt. Innerhalb des nekrotischen Gewebes und unterhalb desselben ist das Exsudat zu flachen Schichten geronnen; andererseits ist es auch wieder zu verschieden gestaltigen Vesikeln zusammengeflossen; die Vesikeln sind zum Teil nur klein, zum Teil auch recht groſs und wölben dann das nekrotische Epithel beträchtlich weit vor. Sie liegen zwischen den Stachelzellen, die von ihnen auseinandergedrängt werden (intercelluläre Vesikeln); ihr Inhalt besteht aus Serum — das teilweise zu Fibrillen und Körnern koaguliert ist — und aus einer wechselnden Menge von Leukocyten, die hin und wieder zusammenkleben. Auch sieht man ab und zu im Innern der Vesikeln oder an ihrer Wand mehr minder homogene Epithelzellen neben einzelnen Zellteilen, die wandartig ein Bläschen durchziehen. An einzelnen Stellen in den unteren Gegenden der nekrotischen Schicht finden sich noch, gleichviel, ob daselbst Vesikeln vorhanden sind oder nicht, mehrere Reihen Epithelzellen, die zum Theil schon nekrotisiert sind und deren Zellprotoplasma fast schon homogen, kaum noch färbbar ist, schon zahlreiche einzelne, oder zusammenflieſsende Vakuolen aufweist,

oder gar schon in eine einzige grofse Vakuole umgeformt ist. Die Kerne dieser schon halbwegs abgestorbenen Zellen sind höchstens noch schwach färbbar, viele sind auch schon atrophiert und zerfallen oder ganz auf dem Abmarsch begriffen. Unterhalb der nekrotischen Epithelschicht und der Bläschen beginnt eine Hypertrophie der basalen Epithelzellen und eine Proliferation von Mitosen für die Herstellung einer neuen Epidermis. Dieser Prozefs ist am schwächsten dort ausgebildet, wo die Nekrose viel Exsudat einschliefst, man bemerkt daselbst nur eine bis zwei Reihen neugebildeter Zellen. An anderen Stellen dagegen, wo in der abgestorbenen Haut nur wenig Exsudat enthalten ist, sind Proliferation und Hypertrophie der Zellen bei weitem umfangreicher, so dafs hier auch die Neubildung der Epidermis viel rascher vor sich geht und schon 4—5 Reihen von Stachelzellen besitzt. Dabei sind Protoplasma und Kern jeder einzelnen Zelle um 2—3 mal gröfser als im Normalen. Teilweise ist auf der neuen Epidermis auch schon die Bildung einer Körnerschicht bemerkbar, die sich aus stark hypertrophischen Körnerzellen mit grobkörnigem Keratohyalin aufbaut. Von einer neuen Hornschicht ist aber unterhalb des nekrotischen Epithels noch keine Andeutung vorhanden.

Drüsen und Follikel sind gleichfalls abgestorben und in der Abstofsung begriffen. Darunter hat aber auch schon wieder eine Neubildung beider Organe eingesetzt, indem die basalen Stachelzellen gegen die Cutis hin proliferieren, neue follikuläre Zellscheiden und neue Talgdrüsen bilden, wie ich das schon mehrfach des früheren beschrieben habe. Die neuen Drüsen und Follikel sind infolge der Hypertrophie und Hyperplasie um 4—5 mal gröfser als die alten; Protoplasma und Kern jeder einzelnen Stachelzelle ist an dreimal massiger und die Zellreihen um ebensoviel vermehrt; darunter befindet sich eine äufserst grofse Anzahl von Mitosen. Zum Teil sind die neuen Drüsen und Follikel erst halb fertig, zum Teil aber auch schon ganz ausgebildet; ihre fibrösen Scheiden setzen sich aus 3—4 Reihen junger Bindegewebszellen zusammen, die den Follikel in parallelen Kreisen umfassen und abgeflachte Kerne haben. An der Oberfläche des brandigen Schorfs befindet sich eine grofse Anhäufung von Pigment; auch hier sind wieder dieselben Teile durch das Chrysarobin rot gefärbt wie bei den früheren Präparaten. Aufserdem kommt hier noch stellenweise eine Ansammlung ausgewanderter Leukocyten vor, die kleine leukocytäre Krusten bilden; bei der Abstofsung des nekrotischen Schorfs gehen auch sie mit zu Grunde.

An der Cutis kommen die schon mehrfach aufgezählten Veränderungen, nur noch etwas ausgesprochener, zur Beobachtung: die bekannte Erweiterung sämtlicher Gefäfse, die mit roten Blutkörperchen vollgestopft sind. In der erweiterten Gefäfslichtung stecken ab und zu Fibringerinnsel oder fibrilläre und körnige Massen, andererseits stöfst man auch auf An-

häufung von roten Blutkörperchen, die zu lauter Krümeln zerfallen sind und durch Zusammenkleben erythrocytäre Thromben bilden. Ebenso findet man hier auch wieder, untermischt mit jenen, oder für sich allein, Leukocyten, die in glänzende hyaline Körper umgewandelt sind und einzeln oder zu formlosen Massen angehäuft aufmarschieren. Auch die cutanen Lymphspalten sind wieder durchgehends stark erweitert, daneben bestehen Ödem und Anschwellung der kollagenen Fasern. Die Bindegewebszellen sind hier durchweg hyperplastisch, ihr Spongioplasma hypertrophiert. In dem Lumen der Gefäfse besteht leukocytäre Anstauung, in der ganzen Cutis reichliche Diapedese; stellenweise sammeln sich die Leukocyten zu grofsen Haufen an, besonders unterhalb der Epidermis; sie bewegen sich in der Richtung gegen die Nekrose und gegen die Bläschen und tragen zur Abhebung des toten Gewebes bei.

Mikroskopische Untersuchung des zweites Stücks.

Das zweite Präparat dieses nämlichen Versuchs, bei dem die Haut des Kaninchenohrs an sechs aufeinanderfolgenden Tagen mit dem Chrysarobinstift geätzt war, betraf die ulcerierte Stelle, die sich am vierten Tage gebildet hatte; dieselbe war am sechsten Tage ausgeschnitten worden. Auf ihrer Oberfläche hatte sich ein eitriges Exsudat gebildet.

Unterm Mikroskop erkennt man, dafs der gröfste Teil dieser geschwürigen Schicht bereits gelockert und abgehoben ist. Nur noch wenige Reste dieser Epidermis mit ihren Follikeln und Drüsen sind erhalten; darunter erblickt man einige spärliche Zellreihen, bei denen Proliferation und Hypertrophie nur eben angedeutet sind; ihre Färbung ist recht deutlich; augenscheinlich sind sie zur Bildung einer neuen Epidermis mit ihren Anhängen bestimmt, doch sind Drüsen und Follikel nur erst in der Anlage vorhanden. Die wichtigste sekundäre Veränderung, die auffällt, ist die Ansammlung einer grofsen eitrigen Exsudatschicht an der Oberfläche; dieselbe besteht ausschliefslich aus grofsen Massen von Leukocyten und bewirkt eben die Umwandlung der Erosion in ein Geschwür. Teilweise reichen die Leukocytenherde bis an die Cutis, so dafs die wenigen Zellreihen mit Proliferation und Hypertrophie durch diese Anhäufung des eitrigen Exsudats nicht überall so leicht färbbar sind wie in den früheren Präparaten. Auch auf der Cutis selber finden sich noch grofse leukocytäre Herde, die alle gegen die Erosion gerichtet sind. Hier nimmt die Bildung der neuen Epidermis mit ihren Drüsen und Follikeln einen viel langsameren Fortgang als in den früheren Präparaten. Die hauptsächlichste Veränderung bei Anwendung des Chrysarobins in Substanz auf eine erodierte Fläche besteht demnach in einer sekundären Eiterung und in einer ungeheuren Leukocytose innerhalb der Cutis.

Alle Gefäfse der Cutis sind hochgradig und ungleichmäfsig erweitert; die Zahl der erythrocytären und der hyalinen, leukocytären Thromben ist hier viel gröfser als in allen früheren Präparaten. Deutlich erkennt man die zu körnigen Massen aufgelösten roten Blutkörperchen, die noch einen leichten Glanz haben, sich aber mit Orcein nicht recht mehr färben lassen; ebenso die zu hyalinen, glänzenden Körpern umgeformten Leukocyten, die bald einzeln, bald zusammengeklebt oder auch in grobe Körner zerfallen sind und nun körnige, hyaline, durch Orcein stark gefärbte Massen bilden, die sich von den erythrocytären Massen deutlich unterscheiden. Man kann hier sämtliche Abschnitte dieser hyalinen Degeneration sehr gut beobachten; mitten unter den hyalinen Körpern stöfst man noch auf Trümmer unveränderter Leukocyten, die sich mit Methylenblau färben. Die leukocytäre Stase ist in sämtlichen Gefäfslichtungen sehr beträchtlich; sie dringen von hier aus überall in die Cutis und gelangen auch in grofsen Mengen an die erodierte Oberfläche, woselbst sie zuerst ein eitriges Exsudat, später eine leukocytäre Kruste bilden. Die Lymphspalten der Cutis sind sehr erweitert, die kollagenen Fasern geschwollen, die Bindegewebszellen hypertrophiert und hyperplasiert; alle diese Erscheinungen treten aber gegen die ungeheure Leukocytose zurück.

Zur Gewinnung der beiden letztbesprochenen Präparate war die innere Fläche des Kaninchenohrs mit dem Chrysarobinstift geätzt worden. Zweimal hatte ich aber auch die entsprechende Stelle der Aufsenfläche mit dem Ätzmittel touchiert, und zwar an den beiden ersten Tagen. Hier durfte man also eine geringe Wirkung erwarten; in der That waren hier Rötung und Schwellung auch viel geringer als an der entgegengesetzten Seite.

Beschreibung des entsprechenden histologischen Befundes.

Auch die mikroskopischen Veränderungen sind hier — nach nur zweimaligem Ätzen — naturgemäfs viel geringer. Die Exfoliation von Hornlamellen, sowie die Nekrotisierung der Epidermis mit ihren Anhängen fehlen freilich auch hier nicht; doch ist die Nekrose diesmal viel weniger tief. Die sich ablösende Hautschuppe ist stark mit gelbem Pigment belegt und ist an denselben Stellen wie bei den früheren Präparaten schwach weinheferot gefärbt. Zur Bildung von Exsudat oder Vesikeln kommt es diesmal nicht, ebensowenig zur Auswanderung weifser Blutkörperchen in die Epithelnekrose. Die Proliferation und Hypertrophie mitotischer Zellen unterhalb des Ätzschorfs ist auch hier beträchtlich, die Bildung einer neuen Epidermis mit neuen, 4—5 mal umfangreicheren Drüsen und Follikeln auch hier in die Wege geleitet. Jede einzelne Stachelzelle der neuen Epidermis und ihrer Organe ist 2—3 mal gröfser, die Anzahl der Zellreihen um ebensoviel gegen das Normale vermehrt und die Menge der Mitosen ins Ungeheure gesteigert. Die Körnerschicht der

jungen Epidermis ist um 2—3 mal dicker als im Normalen und setzt sich aus sehr grofsen Körnerzellen zusammen; hier und da ist auch schon eine neue, helle, noch fast ganz pigmentlose Hornschicht angedeutet. Auch die meisten Drüsen und Follikel sind schon voll entwickelt, zum Teil auch schon mit einer Körner- und einer Hornschicht versehen.

Es kommt also bei einer nur geringen Ätzung der Haut weder zur Exsudat- noch zur Vesikelbildung, und der Neubildungsprozefs der jungen Epidermis mitsamt ihren Drüsen und Follikeln vollzieht sich hier viel rascher als bei voraufgegangener stärkerer Ätzung.

Schlufsbetrachtung.

Wird auf das Ohr eines Kaninchens einmal eine $2^1/_2$%ige Chloroformlösung des Chrysarobins oder ein 10%iges Pflaster aufgetragen, so entwickelt sich innerhalb 24 Stunden eine Gefäfserweiterung mit vorübergehender Hyperämie, eine leichte Abschuppung der obersten Hornhautlamellen, eine dunkelbraune Verfärbung der Hornschicht, besonders an ihrem Grunde, infolge der Vermehrung des Pigments. Aufserdem werden folgende Teile von dem Chrysarobin schwach weinheferot gefärbt: Die Vakuolenränder der Talgzellen, die zarte hornige Wand der Drüsenausführungsgänge, die hornige innere Follikelscheide, die das Haar von seinem Anfang bis zum Orificium folliculare umgiebt, die basale Hornschicht und endlich einige höher gelegene zarte Hornlamellen. Die mittleren Teile der Hornschicht werden von dem Chrysarobin nicht rot gefärbt, nur ganz vereinzelt gewahrt man hier einzelne rötliche Linien.

Fünf bis zehn Tage lang in Form eines 10%igen Pflasters auf der Haut liegen gelassen, erzeugt das Chrysarobin eine mäfsige Reizung. Makroskopisch nimmt man zuerst eine starke Braunfärbung, später Rötung und Schwellung der Haut wahr. Unterm Mikroskop findet man folgende Veränderungen: Die Gefäfse der Cutis sind erweitert, ihre Lichtungen mit roten Blutkörperchen vollgestopft; letztere enthalten stellenweise auch fibrilläre und körnige Fibringerinnungen. Aufserdem sind die roten Blutkörperchen auch zum Teil zerfallen und zu grofsen körnigen Massen zusammengeflossen, die regelrechte erythrocytäre Thromben bilden. Auch weifse Blutkörperchen fehlen nicht; dieselben sind in glänzende hyaline Körper umgewandelt, stehen teils für sich, teils in Haufen zusammen oder sind ebenfalls in formlose hyaline Massen zerfallen. Daneben besteht in der Cutis eine mäfsige Auswanderung weifser Blutkörperchen, Erweiterung der Lymphspalten, geringes Ödem und unbedeutende Schwellung der kollagenen Fasern; auch sind die Bindegewebszellen deutlich hyperplastisch und hypertrophiert.

An der Epidermis ist das Wichtigste wieder die Exfoliation der oberen und mittleren Hornlamellen, die Teile darunter mitsamt den Drüsen

und Follikeln sind nekrotisiert; das Ganze stellt eine Schuppe dar, die mit gelbem Pigment reich belegt ist; innerhalb dieses Stückchen Epidermis sind die schon früher aufgezählten Teile durch das Chrysarobin rot gefärbt. Unterhalb dieser Epithelnekrose setzt eine beträchtliche Hypertrophie und Proliferation der basalen Stachelzellen mit Mitosenbildung ein, wodurch die Bildung einer neuen, viel umfangreicheren Epidermis mit gleichfalls vergrößerten Anhängen eingeleitet wird. Jede einzelne der jungen Stachelzellen ist zweimal größer und die Zahl der Zellreihen in der neuen Epidermis um das Zwei- bis Dreifache gegen die Norm vermehrt. Nach fünf Tagen ist die Neubildung der jungen Epidermis mit Drüsen und Follikeln noch nicht ganz vollendet, nach weiteren fünf Tagen jedoch ist die alte nekrotische Epidermis völlig abgestoßen und die junge Epidermis soweit hergestellt, daß die Follikel bereits frische Haare enthalten.

Wird das Chrysarobin in 2½%iger Chloroformlösung an fünf aufeinanderfolgenden Tagen je einmal täglich auf die Haut aufgetragen, so erhält man eine verhältnismäßig viel stärkere Reizung mit Schwellung und Rötung der Haut. Mikroskopisch findet sich wieder die Exfoliation der Hautlamellen und die Nekrose der Epidermis nebst ihren Drüsen und Follikeln. Das tote Gewebe, das sich als Schuppe abhebt, ist mit Pigment bedeckt und an den bekannten Stellen durch das Chrysarobin rot gefärbt. Außerdem ist ein seroleukocytäres Exsudat vorhanden, das sich innerhalb des nekrotischen Gewebes teils als flache seröse Schicht, teils als intercelluläre Bläschen von wechselnder Größe ansammelt. Unterhalb der abgestorbenen Epidermis und der Vesikeln entwickelt sich eine mächtige Proliferation und Hypertrophie mitotischer Zellen als erster Schritt zur Bildung einer neuen Epidermis. Von dieser, die nach ihrer Vollendung 4—5 mal umfangreicher als im Normalen ist, wird dann später die alte Epidermis gelockert und abgestoßen. Dabei erfolgt die Neubildung der jungen Epidermis unterhalb derjenigen Stellen des toten Gewebes, das reich an Exsudat und Vesikeln ist, langsamer als an den anderen Teilen. Die Veränderungen der Cutis sind die nämlichen wie bei den früheren Präparaten, nur etwas stärker ausgesprochen. So sind die Gefäße hier stärker erweitert und enthalten eine viel größere Menge von Leukocyten; desgleichen ist die Diapedese viel reichlicher, und zwar streben die weißen Blutkörperchen alle in der Richtung nach der Epithelnekrose und den Vesikeln, woselbst sie sich ansammeln, um sich bei der Entfernung des Ätzschorfs zu beteiligen. Auch hier sind wiederum die Lymphspalten erweitert, das Ödem noch beträchtlicher als im vorhergehenden Präparat.

Eine noch stärkere Reizung erzielt man, wenn man die Haut fünf Tage hintereinander mit einem 30%igen Chrysarobinstift ätzt; Rötung und Schwellung der Haut sind dann noch bedeutender. Mikroskopisch

besteht dagegen gegen das vorhergehende Präparat nur insofern ein Unterschied, als bei jenem Ödem, Erweiterung der Lymphspalten und Schwellung der kollagenen Fasern der Cutis noch stärker hervortreten, die Diapedese innerhalb der Cutis und die Ansammlung von Leukocyten in den Spalten der nekrotischen Gewebe sich noch ausgiebiger gestaltet.

Bei diesem, mit dem Chrysarobinstift behandelten Präparat hatte sich am vierten Tage der Ätzung durch Abstoſsung der Epidermis eine kleine Erosion gebildet und auf dieser sammelte sich in den nächsten Tagen, bei weiterer Anwendung des Chrysarobins, ein eitriges Exsudat an. Dieses geschwürige Hautstückchen wurde besonders untersucht. Als neu fand sich hier aber nur eine ungeheure Auswanderung von Leukocyten, die die ganze Cutis bedecken, groſse Leukocytenzüge, die alle nach der erodierten Oberfläche gerichtet waren, woselbst sie in einer dicken Schicht auflagerten und die Erosion ganz mit einem dicken eitrigen Exsudat bedeckten, das zu einer Borke eintrocknete. Unterhalb dieser Borke wuchs dann wieder die neue Epidermis.

Gemeinsam ist allen Präparaten die Vermehrung und Anhäufung von gelbem Pigment sowohl in der basalen Hornschicht wie auch in den nekrotischen Hautteilen; ferner werden bei ihnen allen folgende Teile durch das Chrysarobin weinheferot gefärbt: die Vakuolenränder der Talgzellen; die zarten verhornten Wände der Drüsenausführungsgänge; die innere Hornscheide der Follikel, welche das Haar von seinem Ursprung bis zur Follikelöffnung umgiebt; die basale Hornschicht; endlich auch einige dünne, oberflächliche Hornlamellen. Die mittleren Lagen der Hornschicht hingegen bleiben ungefärbt, nur vereinzelt bemerkt man einige kurze, dünne, rötliche Striche.

Bei einer geringeren Reizung der Haut mit Chrysarobin stellt sich also die Neubildung der Epidermis und ihrer Haare verhältnismäſsig rascher ein, als wenn die Ätzung so hochgradig war, daſs sie Exsudat- und Vesikelbildung hervorrief.

(Übersetzt von Dr. J. Türkheim-Hamburg.)

Aus der Praxis.

Zur Diagnose der Frostbeulen.

Von

P. G. Unna.

Die Diagnose der Frostbeulen ist meistens eine leichte und einfache, nämlich dort, wo ausgesprochener Frost (Perniosis) der Hände oder Füfse besteht. In diesen Fällen ist auch der Patient längst orientiert, ehe der Arzt um Rat gefragt wird; denn die Pernionen kündigen sich ihm durch schmerzhafte Empfindungen bei Druck gerade im Anfang in unliebsamer Weise an. Schwieriger schon wird die Diagnose, wenn es sich um einzelne pernionenähnliche Beulen an Händen und Füfsen solcher Personen handelt, die bisher noch nicht an Frost gelitten haben, oder an seltener befallenen Regionen, wie Ohren und Nase. Geradezu spezialistisches Wissen erfordert die Diagnose jedoch, wenn sich eine Perniosis am selben Patienten mit Ulerythema centrifugum (sog. Lupus erythematosus) kombiniert. Denn bekanntlich giebt die letztere Affektion hin und wieder an den Händen zu Erythemflecken Veranlassung, die mit Frostbeulen eine sehr grofse Ähnlichkeit haben.[1] Nun hilft wohl in solchen Fällen die Beachtung des Umstandes, dafs die sonst wenig charakteristischen Efflorescenzen des Ulerythems der Hände nicht berührungsempfindlich, häufig central abgeflacht, im allgemeinen von längerer Dauer und unbeeinflufst vom Witterungswechsel sind, aber bei einer subacuten, raschen Verbreitung des Ulerythems, wo man rasch eingreifen und sofort die Prognose bestimmen soll, wäre doch ein objektives, sicheres Merkmal sehr erwünscht, welches die Frostbeule positiv sofort diagnostizieren oder im Falle des Mangels ausschliefsen liefse.

Ein derartiger Fall von Komplikation einer alten Perniosis der Hände und Ohren mit einem frischen Ulerythema centrifugum des Gesichtes (Stirn, Nase, Backen) war es, in welchem sich ein schon früher von mir bemerktes Symptom der Pernionen so gut bei der Diagnose bewährte, dafs ich es den Fachgenossen mitteilen möchte, zumal die Lehrbücher über diesen Punkt vollkommen schweigen. Wenn man nämlich eine Frostbeule diaskopiert, so gewahrt man regelmäfsig im Centrum eine kleine Blutung. Dieselbe nimmt bei kleinen, frischen Pernionen oft

[1] Ich lasse die Frage hier unberührt, ob Hutchinsons „Lupus pernio" eine dritte, vom Ulerythema centrifugum vollkommen unabhängige Krankheit darstellt.

nur ein Areal von 1 mm Durchmesser ein, wächst aber bei älteren, länger bestehenden Pernionen zuweilen bis zu einem Flecke von 3—4 mm Durchmesser. Im Gegensatz zu dem gelblichen und gelbbräunlichen diaskopischen Bild des entzündlichen Granuloms hat dasjenige der Perniobluting eine dunklere ins Graue oder Graubräunliche spielende Farbe. Nur selten handelt es sich um einen homogenen, einheitlichen Fleck, um eine kleine Blutlache in der Cutis; meistens bemerkt man statt dessen drei oder vier graubräunliche feine Striche, die radiär oder baumförmig ausstrahlen oder auch annähernd parallel verlaufen und zuweilen in einen stärker gefärbten Punkt ausmünden. Bei den gröfseren Blutflecken findet man dasselbe Bild in etwas vergröfsertem Mafsstabe; nur dafs dann gewöhnlich zwei oder mehr Striche zu einem breiteren Fleck zusammenfliefsen. Nach diesem typischen Bilde kann es sich bei der centralen Hämorrhagie der Pernionen nur um eine den Blutgefäfsen der Haut entlang sich langsam ausdehnende, diapedetische Blutung handeln und man hat wohl nirgends sonst eine so gute Gelegenheit, eine diapedetische Blutung in ihrem Verlauf makroskopisch zu studieren.

Diese centrale Blutung fehlt beim Ulerythema centrifugum gänzlich. Das diaskopische Bild zeigt uns sehr schwach gefärbte, zarte, gelbliche Striche über dem ganzen Areal der Efflorescenz ohne Bevorzugung der Mitte, ein Bild, das nur mit dem gewisser Syphiliden Ähnlichkeit hat.

Es wäre ein verdienstliches Werk, wenn ein Kollege, welcher Gelegenheit hat, viele Fälle von Perniosis zu sehen, das Schicksal der centralen Blutung in den Pernionen genauer verfolgte. Nach meiner bisherigen Erfahrung ist dieselbe auch in Bezug auf die Prognose und therapeutische Indikation nicht ohne Bedeutung. In letzterer Beziehung will ich nur erwähnen, dafs sich nunmehr die gute Einwirkung des Druckes auf Frostbeulen sehr einfach erklärt, wie wir ihn empirisch längst mittelst Leim, Kollodium und Pflastereinwicklung ausgeübt und als sehr wirksam erprobt haben.

Für solche zukünftigen Studien wäre es nun sehr erwünscht, wenn wir mit Hülfe optischer Mittel dem prinzipell vorhandenen und für den geübten Diaskopiker stets nachweisbaren, aber doch immerhin feinen Farbenunterschied so verstärken könnten, dafs er für jedes Auge ohne Übung leicht wahrnehmbar wäre. Da es sich bei dieser Differenz ja eigentlich um sehr grobe Unterschiede der Substanz: Hämoglobin einerseits, Granulom andererseits handelt, die nur durch das sie in gleicher Weise bedeckende und optisch abschwächende, weifs reflektierende Cutisgewebe diaskopisch verähnlicht werden, so müfste es unschwer gelingen, durch Hinzunahme kontrastfarbiger Gläser die Differenz auf ihre eigentliche Stärke zurückzubringen. In der That haben meine ersten Versuche in dieser Richtung die Voraussetzung bestätigt. Hält man ein grünes Glas vors

Auge, während man eine Frostbeule diaskopiert, so erscheint die centrale Blutung viel deutlicher, schwarz auf weifsem Grunde; das gelbliche Geäder eines Ulerythemflecks oder Syphilids wird nicht oder nur unwesentlich deutlicher. Nimmt man andererseits ein rotes Glas vors Auge, so verschwindet die Blutung mehr oder minder (je nach der Nüance) vollständig, das diaskopische Bild des Granoplasmas nicht. Herr Dr. Honcamp hat in meinem Laboratorium begonnen, die Diaskopie in dieser differential-diagnostischen Richtung durch exakte Versuche mit farbigen Gläsern zu bereichern.

Versammlungen.

Berliner dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 5. Dezember 1899.

Originalbericht von Dr. John Hirsch-Berlin.

Zunächst führt Heller einen 25 Jahre alten Mann vor, der an Fibroma molluscum leidet. Es handelt sich um meist kirschgrofse, der Konsistenz nach weiche, bläulich durchschimmernde Tumoren, die fast über den ganzen Körper zerstreut sind. Differentialdiagnostisch käme die Dermatozoonose Cysticercus cellulosae in Betracht; sie ist hier aber ganz auszuschliefsen. Wie die mikroskopische Untersuchung ergiebt, handelt es sich um **Neurofibrome**. An einer Stelle sieht man ein Hautnervenästchen in den Tumor eintreten. Man kann hier deutlich die fibröse Hyperplasie des Neurilemms erkennen. Die Schweifs- und Talgdrüsen sind erhalten; in deren Umgebung zeigt sich wucherndes zellreiches Bindegewebe. Von diesem neugebildeten Bindegewebe wird ein Teil der Drüsen erdrückt. Auch sieht man einige plastische Fasern recht gut erhalten; ein Teil ist jedoch zu Grunde gegangen. Auch sonstige Hautanomalien sind in diesem Falle vorhanden; so findet sich ein strichförmiger Naevus am rechten Arm.

Wechselmann beruft sich auf die Brunssche Statistik, wonach Veränderungen des Gefäfssystems bei multiplen Fibromen äufserst selten sind. — Heller führt aus, dafs angeborene Hautanomalien als Komplikation der Neurofibrome nichts seltenes sind. — Lesser bemerkt hierzu, dafs Bindegewebshypertrophie und Pigmenthypertrophie aufserordentlich häufig mit einander kombiniert sind; die Gefäfsanomalien sind hingegen eine äufserst seltene Komplikation der multiplen Fibrome.

Palm stellt hierauf einen Fall von **Pityriasis rubra pilaris** vor. Es handelt sich um einen 27 Jahre alten Patienten, kräftig gebaut, seit sechs Wochen krank, hat nie an einer Hautaffektion gelitten. Seit jener Zeit hat sich eine ausgedehnte schuppende, juckende, mit Rötung der Haut einhergehende Hauterkrankung entwickelt, die am behaarten Kopf und am Rumpf ihren Anfang nahm. Das erste Stadium der Pityriasis rubra pilaris der isolierten Hornkegel ist nicht so deutlich und nicht in der meist gesehenen Lokalisation am Fingerrücken ausgesprochen; an den unteren Extremitäten ist jedoch jenes Stadium der isolierten Hornkegel leicht zu erkennen. Das zweite Stadium der perifollikulären Hyperämie und Schwellung besteht hier und da am Rande der grofsen Plaques. Besonders stark sind aber die späteren Stadien

der Konfluenz der ergriffenen Follikel und das der schuppenden, gleichmäfsig verdickten Plaques ausgebildet. Eine grofse derartige Plaque nimmt den unteren Teil des Rückens und das Gesäfs ein, zeigt ziemlich fest anhaftende, teils kleiige, teils in gröfseren Lamellen sich ablösende Schuppung, durch welche die braunrote, teils noch grob regelmäfsig chagrinierte, teils regelmäfsig verdickte und durch die queren Bewegungsfalten der Rückenhaut und Querwülste zerlegte Affektion hindurchschimmert. Ähnliche Plaques finden sich an den Leistengegenden, an den Achseln, am Sternum, am Nabel und bilden so, in Zusammenhalt mit der Kopfschuppung eine dem Eccema seborrhoicum ähnliche Lokalisation, bei der besonders die vollkommene Symmetrie der Läsionen auffällt. Besonders instruktiv sind einige Plaques hinten am Halse, in den Ellenbeugen und am Fufsrücken, wo unter kleiiger Schuppung die rein hellrote, leicht verdickte, scharf umgrenzte Affektion durchleuchtet. Die Handteller und Fufssohlen sind mit Ichthyosis ähnlicher Haut bedeckt, die aber zum Unterschied von der Ichthyosis in Lamellen stark abschuppt. Die Zehennägel zeigen charakteristische Querrisse und Hornansammlungen unter dem Nagelbett; an den Händen sind diese Verhältnisse weniger ausgeprägt. Die Kopfhaare sind nicht gelichtet, dagegen zeigen Augenbrauen, Achselhaare und Pubes spärlichere Behaarung. Zur mikroskopischen Untersuchung, die von Pinkus ausgeführt wurde, wurde ein Stück der grob chagrinierten Rückenhaut excidiert. Es zeigt starke Hornauflagerungen, alle Hornfollikel mehr oder weniger tief mit Hornkegeln ausgefüllt, die Schweifsdrüsenausführungsgänge nur im allerobersten Teil erweitert, das Rete Malpighii unregelmäfsig nach oben in Spitzen und Leisten ausgewachsen, nach unten kolbig verdickt und reichliche Kernteilungsfiguren enthaltend. Der Papillarkörper ist verschmächtigt und zum Teil zwischen den Retezapfen hinausgedrängt, enthält vielfach stark gefüllte Blutgefäfse, aber so gut wie gar keine Rundzelleninfiltration, dagegen vereinzelte Mastzellen. Um die subpapillaren Gefäfse sieht man hier und da Rundzellenansammlungen, aber immer nur geringen Grades, einige eosinophile Zellen, viele Mastzellen, den Gefäfsen, Haaren und Drüsen anliegend. Das elastische Fasernetz ist unverändert. Die Haarbälge sind meistens kurz und verbogen, ihre Papillen auffallend klein, Talgdrüsen fehlen oft ganz, sind, wo sie vorhanden, stark reduziert. Die Haarbalgmuskeln sind auffallend stark; keine Spur von Rundzellenansammlungen um die Haarbälge herum. Der Grund der Diagnose Pityriasis rubra pilaris liegt in dem typischen klinischen Befund, follikuläre Hyperkeratose, perifollikuläre Knötchen, die durch immer dichteres Auftreten, nicht durch eigenes Wachstum, konfluieren und, unter Verdickung der Reste zwischenliegender Haut, grofse schuppende Plaques von charakteristischer Röte bilden. Diese Farbe kommt sonst nur noch bei Lupus erythematodes, an welche Krankheiten hier aus anderen Gründen gar nicht zu denken ist. Die Hauptunterscheidung wird von der Ichthyosis notwendig sein, ist aber leicht: 1. wegen der kurzen Dauer der Affektion, 2. der andersartigen Lokalisation (Gelenkbeugen besonders), 3. der charakteristischen Röte, die bei Ichthyosis fehlt, 4. der Form der Nagelveränderung und der starken Abschälung an der Fufssohle, 5. der schnellen Änderung des klinischen Bildes. Mit dem Lichen ruber accuminatus ist das Leiden zu identifizieren, vom Lichen planus und seinen follikulären Lokalisationen ist es scharf zu scheiden, wie namentlich der die Diagnose so aufserordentlich stützende mikroskopische Befund beweist, der beim Lichen planus stets ein starkes, dem Rete dicht anliegendes Infiltrat aufweist, bei der Pityriasis rubra pilaris gar kein Infiltrat, aber eine hochgradige Veränderung der Epidermis zeigt.

Hierauf demonstriert Saalfeld einen 44 Jahre alten Patienten, welcher an **Keratosis follicularis universalis** leidet. Die Hautveränderung ist plötzlich aufgetreten. An den von der Krankheit ergriffenen Körperteilen ragen aus allen Follikeln

Hornsäulchen hervor. Handflächen und Fufssohlen sind auch hier nicht ergriffen. Die Drüsen sind, abgesehen von einigen Femoraldrüsen nicht geschwollen. Als Komplikation des Leidens ist hier eine Furunkulose vorhanden. Patient ist in letzter Zeit sehr abgemagert. Eine Ursache für das Leiden ist nicht nachweisbar. An der Diskussion beteiligen sich Blaschko, Lesser, Ledermann, Heller, Pinkus und der Vortragende.

Röder stellt alsdann eine Frau mit **Menièreschem Symptomenkomplex** vor. Patientin wurde vor vier Jahren syphilitisch infiziert, machte mehrere Schmierkuren durch, nahm auch Jodkalium ein. Sie hat zwei Kinder, die keine Erscheinungen von Syphilis zeigen. Vor acht Wochen erkrankte die Frau plötzlich; es traten heftiges Ohrensausen und intensiver Schwindel mit häufigem Erbrechen ein. Gleichzeitig erlitt das linke Gehör eine wesentliche Einbufse; die Schwerhörigkeit ist so grofs, dafs düstere Sprache nur ganz in der Nähe vernommen wird. Patientin war unfähig zu gehen, weil der Schwindel sie daran hinderte. Bei der Untersuchung des Ohres fand sich keine nachweisbare Veränderung. Zu bemerken ist, dafs die Hörprüfung eine vollkommene Aufhebung der Knochenleitung ergab. Neben diesem typischen Symptomenkomplex der Menièreschen Krankheit zeigt Patientin eine Facialisparalyse in all seinen Ästen auf der linken Seite. Was nun den Sitz der Erkrankung angeht, so kann man eine centrale Affektion ganz ausschliefsen, weil in diesem Falle keine Läsion in den Bahnen der Extremitäten vorliegt. Da nun der Facialis in allen Ästen getroffen ist, mufs die Affektion an der Basis oder im inneren Gehörgang liegen. Die Erkrankung ist zweifellos syphilitischer Natur. Die Schmierkur wurde eingeleitet. Der Schwindel ist hierdurch wesentlich zurückgegangen. Während die Patientin die Poliklinik bisher nur in Begleitung aufsuchen konnte, thut sie dies jetzt ohne Führung. Die Prognose in Bezug auf die Herstellung von der Taubheit ist sehr zweifelhaft.

Lesser führt aus, dafs der vorgestellte Fall ein besonderes Interesse erwecke; die Symptome gestatten eine genaue Lokalisation der Erkrankung.

Knolle demonstriert alsdann eine 51 Jahre alte Frau mit **multiplen Hautsarkomen.** Patientin, welche vier normale Geburten überstanden, erkrankte vor zwei Jahren; es bildeten sich zwischen den Schulterblättern Knoten in der Haut, welche allmählich eine braunrote Verfärbung annahmen. Die Geschwülste sind höckrig, gegen die Haut verschieblich. Immer neue Tumoren bilden sich; vor ihrem Auftreten hat Patientin an der betreffenden Stelle Schmerzen. Die Untersuchung des Blutes ergiebt keinen von der Norm abweichenden Befund. Auch die Funktion der Organe ist eine gute; es zeigt sich nur eine geringe Appetitlosigkeit. Die mikroskopische Untersuchung eines solchen Tumors ergab, dafs es sich hier um Rundzellensarkome handele. Die Behandlung wurde mit subcutanen Arseninjektionen in einer Dosis von 0,01 begonnen. Der Vortragende stellt eine günstige Prognose.

Lesser führt hingegen aus, dafs die Prognose nur in Bezug auf die anderen Formen des Sarkoms eine relativ bessere ist; immerhin bleibt die Prognose „dubia".

Darauf zeigte Plonski einen Patienten mit **multiplen Keloiden,** die auf Grundlage syphilitischer Ulcerationen aufgetreten sind. Vor drei Wochen erschien Patient in der Lassarschen Poliklinik mit den Erscheinungen einer tuberösen Syphilis. Es waren bereits mehrere Keloide zu sehen. Die Behandlung wurde mit einer Sublimatinjektionskur eingeleitet. Er erhielt 17 Injektionen. Die alten Keloide sind unter dieser Behandlung nicht zurückgegangen; es haben sich im Gegenteil neue gebildet. Der Vortragende bemerkt noch, dafs, wenn der Patient sich früher eine Verletzung zugezogen, niemals Keloide entstanden seien.

Lesser macht darauf aufmerksam, dafs er eine Anzahl von Narben sehe, die sich nie zu Keloiden umgewandelt haben.

Zum Schluſs demonstriert Blaschko die Röntgenaufnahme einer **blennorrhoischen Handgelenksentzündung.** Das akute Stadium war bereits in diesem Falle abgelaufen. Die therapeutischen Versuche, welche in heiſsen Bädern bestanden, waren erfolglos. Es war nun die Frage, ob eine stärkere Massagekur in diesem Falle einen Erfolg haben würde. Blaschko lieſs zu diesem Zwecke eine Röntgenaufnahme machen. Diese ergab, daſs mehrere Knochenstränge sich gebildet, von denen folgende drei am deutlichsten hervortreten: 1. Zwischen Radius und dem Os lunatum. 2. Zwischen dem Os capitatum und Os hamatum. 3. Zwischen dem zweiten Metacarpus und dem Os multang. minus. Diese knöchernen Verwachsungen zeigen, daſs die Massage in diesem Falle aussichtslos ist.

Echtermeyer fragt an, ob die von Blaschko als Knochenbänder gedeuteten Schatten nicht auch Knorpel sein können. Im letzteren Falle wäre die Massage doch am Platze. — Wechselmann führt unter Hinweis auf die Untersuchungen von Bennecke und König über blennorrhoische Gelenkentzündung aus, daſs hier keine knöchernen Verwachsungen vorliegen. — Lesser hingegen weist darauf hin, daſs das Röntgenbild keinen Zweifel darüber lasse, daſs hier knöcherne Verwachsungen vorliegen. Diese Veränderungen zu erkennen, ist in praktischer Hinsicht von Bedeutung. — Auch Blaschko erhält seine Meinung aufrecht, daſs hier kein Knorpel sich gebildet, sondern knöcherne Veränderungen zu stande gekommen sind.

Venerologisch-dermatologische Gesellschaft zu Moskau.

Sitzung vom 3./15. Dezember 1899.

Originalbericht von Arth. Jordan-Moskau.

1. Pospelow stellte die in der Sitzung vom 15. Februar d. J. wegen **Nigrities faciei** demonstrierte Dame als **geheilt** vor. Das günstige Resultat ist durch van Hoorns Resorcinzinkpaste erzielt worden.

2. Jordan zeigte einen Fall von **Lupusepitheliom der linken Hand.** Der betreffende 47jährige Patient weist auſser alten und neuen Narben mit stellenweiser Andeutung von Knötchen auf Brust, Rücken, Hals und linker oberer Extremität, einen Defekt aller Finger der linken Hand und entsprechend den Metacarpo-phanlangealgelenken dieser Hand eine eiternde, wuchernde Fläche auf. Dieselbe geht in das narbige Gewebe direkt über und erweist sich mikroskopisch als ein Epitheliom, während ein Stückchen Haut von einem Knötchen aus dem Arm aus Riesenzellen, Granulationsgewebe und Narbengewebe besteht. Anamnestisch lieſs sich nachweisen, daſs Patient seit dem fünften Lebensjahr an Wunden gelitten hat, welche nach Schwund der Finger allmählich spontan verheilten. Vom 17.—46. Lebensjahre will Patient gesund gewesen sein, worauf dann im vorigen Jahre die Wunde an der Hand wieder aufgegangen sein soll.

Diskussion: Pospelow erinnert im Anschluſs an diese Demonstration an einen ähnlichen Fall, der von ihm in der Gesellschaft vorgestellt worden ist und ein Mädchen von 29 Jahren betraf.

3. Krassnoff als Gast führte einen 26jährigen Bauer mit **Syringomyelie** vor, welche im April d. J. aufgetreten sein soll. Betroffen sind vorzüglich beide Hände und zwar weisen dieselben auſser Verhornungen, Rissen und oberflächlichen Wunden an der linken Hand Kontrakturen mit Klauenstellung derselben auf, während an der rechten Hand der Zeigefinger infolge Schwund des Nagelgliedes verkürzt und der Mittelfinger hypertrophiert und verdickt ist. Die sehr deutlich ausgesprochene Sensibilitätsstörung beginnt beiderseits an den Ellenbogen, wird je mehr zu den Fingern,

desto stärker und betrifft am meisten den Schmerz- und Temperatursinn. Die Patellarreflexe sind erhalten.

Diskussion: Pospelow hebt hervor, dafs der Kranke dadurch besonders interessant sei, dafs bei ihm alle Symptome der Syringomyelie vereinigt sind, wodurch die Diagnose gar keinen Zweifel erlaubt.

4. Kracht stellte einen 20jährigen Mann mit **Pityriasis rubra pilaris** vor, welche ganz besonders deutlich ausgesprochen ist an den Hand- und Fufsrücken, an den Streckseiten der Unterarme und Unterschenkel und an den Ellenbogen und Knien. An letzteren ist es zu starker Schuppenbildung gekommen, welche die trichterförmigen Vertiefungen verdeckt.

Diskussion: Krassnoglasow wünscht anstatt Pityriasis rubra pilaris die Bezeichnung Lichen ruber acuminatus. — Pospelow hält die Benennung für gleichgiltig, wo es seit dem Moskauer internationalen Kongrefs klar ist, dafs die Franzosen unter Pityriasis rubra pilaris dasselbe verstehen, was Kaposi Lichen ruber acuminatus bezeichnet.

5. Metschersky demonstrierte eine 37jährige Bäuerin mit **Sklerodermie**, welche die Unterschenkel in diffuser Weise betrifft, an den Oberschenkeln aber bandartig endet.

6. Küsel zeigte eine sehr gelungene **Moulage**, welche vom Skulpteur nicht direkt von einer Kranken entnommen war, sondern nach einem Aquarell derselben.

7. Stud. Wyssotzki als Gast sprach über **Veränderungen der Zähne bei hereditärer Syphilis** und

8. Stud. Sokoloff als Gast über **Dystrophien bei hereditärer Syphilis.**

Fachzeitschriften.

Archiv für Dermatologie und Syphilis.

Band 50, Heft 2. 1899.

I. **Über Endotheliome der Haut**, von Eduard Spiegler-Wien. Verfasser beschreibt einige Fälle von seltenen Hauttumoren, die sowohl in klinischer wie histologischer Beziehung von grofsem Interesse sind.

Fall 1 betrifft einen 66jährigen Patienten, der den Beginn seiner Hautaffektion auf 40 Jahre zurückdatiert und als Ursache derselben eine Verletzung am Kopfe angiebt. Die Wunde verheilte zwar rasch, an der Stelle derselben bildete sich jedoch eine Geschwulst, die innerhalb eines Vierteljahres haselnufsgrofs wurde. Um diesen Tumor entwickelten sich später mehrere andere, die langsam aber stetig wuchsen. Gegenwärtig sind das ganze vordere und seitliche Capillitium bis zum Haarwirbel und beide Schläfengegenden von bohnen- bis orangegrofsen, derbelastischen, Billardkugeln ähnlichen Geschwulstmassen besetzt. Die Haut über den Knoten ist dünn und glatt oder sie ist oberflächlich exkoriiert, bei einigen auch exulceriert. Die letzteren zeigen eine feindrüsige, leicht blutende Oberfläche, von welcher eine seröseitrige, übelriechende Flüssigkeit secerniert wird.

Auf dem Rücken, in der Höhe des 7. und 8. Brustwirbels, sitzt ein faustgrofser, aus drei gröfseren Lappen sich zusammensetzender Tumor. Kleinere, erbsen- bis bohnengrofse zerstreute Knoten finden sich am Rücken in der Höhe der dritten Rippe

links, sowie in der Sternalregion. Sämtliche Tumoren wurden abgetragen und die Defekte nach THIERSCH gedeckt.

Der histologische Befund war in acht verschiedenen zur Untersuchung gelangten Tumoren derselbe. Ein Tumor bestand wesentlich aus einem verzweigten Netzwerk von Zellschläuchen, deren jeder von einer mit Eosin oder Pikrinsäure zart sich färbenden, homogenen, bindegewebigen Hülle umgeben war. Die Zellschläuche setzten sich aus bläschenförmigen oder polygonalen Zellen zusammen.

Der zweite Fall betraf die Tochter des vorigen. Auch diese zeigte Tumoren auf dem Kopfe, welche dasselbe histologische Bild, wie im ersten Falle, darboten. Die Patientin war sonst vollkommen gesund, verheiratet, Mutter zweier gesunder Kinder. Von ihrer seit zehn Jahren bestehenden Affektion hatte sie keine Beschwerden.

Verfasser bespricht an der Hand der einschlägigen Litteratur die Diagnose, Nomenklatur und Klassifikation der in Rede stehenden Geschwülste.

II. **Über Hautveränderungen bei lymphatischer Leukämie und bei Pseudoleukämie**, von FELIX PINKUS-Breslau. (Schluſs.) Im vorliegenden Schlufsartikel teilt Verfasser das Ergebnis der histologischen Untersuchung mit. Es handelt sich bei den Veränderungen auf der Haut im wesentlichen um „reine, massenhafte Einlagerungen rundkerniger Zellen (Lymphocyten) in das Maschenwerk von Corium und subcutanem Gewebe, die im Gebiete des subpapillaren Gefäſsnetzes Halt machen und es nicht nach der Epidermis hin überschreiten können; die im Gebiet zwischen oberer Grenze des Fettgewebes und dieser ebengenannten Cutisgrenze entstanden sein müssen, und die nur sehr geringe Zeichen weiteren Wachstums aufweisen, da wenig Mitosen sich in ihr finden und keine Apposition sich von anderswoher nachweisen läſst, ja die vielmehr noch zelliges Material in den Körper hinein abzugeben scheinen (Füllung der Lymphgefäſse mit Lymphocyten, wie in funktionierenden Lymphdrüsen).“

Was den Lymphdrüsenbefund betrifft, so erscheint die Drüse als ein ganz gleichmäſsiger Lymphocytenhaufen, dessen Hauptunterschied von einer normalen Lymphdrüse im Mangel der Proliferationscentren liegt. Dieser Befund entspricht dem Typus der weichen Form der leukämischen Lymphome. Nirgends bemerkt man eine Spur von Bildung fibrösen Gewebes, nirgends auch regressive Metamorphosen. Angesichts dieser Befunde liegt es nahe anzunehmen, daſs die starke Lymphocytenanhäufung weniger durch die Proliferation, als durch einen verminderten Lymphocytenverbrauch bedingt sei.

Bei der Erörterung der Frage nach dem Zustandekommen der Lymphocytenanhäufungen sucht Verfasser an der Hand der Litteratur zu beweisen, daſs eine Lymphocytenauswanderung aus den Gefäſsen unwahrscheinlich, dagegen die Lymphocytenanhäufung durch Zellteilung am Orte des Infiltrats sehr wahrscheinlich sei.

Verfasser resumiert alle seine Betrachtungen in folgenden Schlufssätzen:

1. Die bei lymphatischer Leukämie vorkommenden tumorartigen Lokalisationen in der Haut sind von denen bei Pseudoleukämie nicht zu scheiden. Die Hauptlokalisationen sind klinisch und histologisch identisch; die Allgemeininfektionen unterscheiden sich, abgesehen von nicht konstanten klinischen Differenzen nur durch quantitative Abweichungen des Blutbefundes, während alle anderen Symptome, der qualitative Blutbefund und die pathologisch anatomischen Verhältnisse identisch sind. Alle hierher gehörigen Fälle sind zu einer Gruppe zusammenzufassen und der myelogenen Leukämie entgegenzustellen, sodaſs zu scheiden ist nicht Pseudoleukämie und Leukämie, sondern Lymphocythämie (lymphatische Leukämie + Pseudoleukämie) und myelogene Leukämie.

2. In naher Beziehung zu den leukämischen Hautlokalisationen stehen die Fälle von sogenannter „Erythrodermie mycosique“, welche nicht zur Mykosis fungoides zu

rechnen sind. Sie müssen mit der Lymphodermia perniciosa (Kaposi) zusammengefafst werden und bilden eine Gruppe für sich, die charakterisiert ist:

a) durch Erythrodermie (ekzemähnlicher Zustand mit Rötung, Schuppung, Jucken);

b) durch zuweilen starke, diffuse und durch die mangelnde Schärfe ihrer Begrenzung von leukämischen Tumoren zu unterscheidende (im Gesicht meist leontiasisartige) Hautverdickung, zuweilen durch wirkliche Tumorenbildung;

c) durch coexistierende, aber meist erst nach längerem Bestand der Hauterscheinungen eintretende Lymphocythämie. Die Diagnose eines hierhergehörigen Falles ist erst retrospektiv nach Auftreten von Haut- und Lymphdrüsentumoren, mit Sicherheit zu stellen.

Der histologische Befund der leukämischen Hauttumoren besteht in einer Lymphocytenanhäufung im Corium und im subcutanen Gewebe, welche am Ort des Tumors selbst aus den in der Norm schon vorhandenen Spuren lymphatischen Gewebes gewachsen ist, nicht durch Zufuhr von Lymphocyten durch die Blutbahn entsteht. Es handelt sich gewissermafsen um eine lymphatische Granulationsgeschwulst. Die Möglichkeit ist nicht ausgeschlossen, dafs zu dieser Lymphocytenanhäufung im Körper nicht allein das Wachstum des lymphatischen Gewebes, sondern aufserdem eine verminderte Lymphocytenzerstörung im Körper beiträgt.

III. **Zur Struktur des Hauthorns (Cornu cutaneum palpebrae)**, von Alexander Natanson-Moskau. Nach einem Überblick über die einschlägige Litteratur teilt Verfasser kurz die Krankengeschichte einer 18jährigen Patientin mit, die im Mai 1897 mit einem kleinen Auswuchs auf dem rechten oberen Augenlide in die Poliklinik kam. Das Gewächs war im Laufe von zwei Monaten ohne nachweisbare Ursache entstanden und verursachte keinerlei Beschwerden, übte auch keinen nachteiligen Einfluſs auf das Sehorgan aus.

Gegenwärtig erhebt sich in einer Höhe von 4,5 mm senkrecht zur Oberfläche der sonst so gesunden Haut ein im ganzen cylindrisches, festes Gebilde, dessen freies Ende sich aus sechs dünnen, zugespitzten Ausläufern zusammensetzt. Die Farbe ist im basalen Abschnitt eine gelbliche, im Mittelstück grau-bräunlich und im Bereich der gespaltenen, ganz trockenen Spitze schwärzlich. Diese ist völlig unempfindlich, im centralen Abschnitt verursacht ein Nadelstich in die Tiefe ein leichtes, dumpfes Schmerzgefühl.

Die mikroskopische Untersuchung der excidierten Neubildung ergab als Grundprinzip der Struktur: Papillarhypertrophie, gesteigerte Epithelbildung und Hyperkeratose. Bezüglich der Art des Wachstums ist zu bemerken, „dafs das Horn aus parallelen Säulen sich konstituiert. Das Längswachstum erklärt sich aus der Verlängerung und Verzweigung der Papillen mit Überlagerung neuer Hornschichten. Hinsichtlich der Zunahme im Breitendurchmesser kann man annehmen, dafs sie teilweise durch Apposition vor sich geht, indem ein Teil der hypertrophischen Papillen nicht die vertikale Richtung einhält, sondern zuerst horizontal sich ausbreitet und dann in die Längsrichtung des Horns umbiegt, um als Basis für weitere Epithelwucherung und Verhornung auf der Oberfläche der Exkrescenz zu dienen."

IV. **Histologie des Pemphigus der Haut und der Schleimhaut**, von Karl Kreibich-Wien. Verfasser hat mit Rücksicht auf die sich direkt widersprechenden Resultate, zu denen Kromayer und Luithlen einerseits, Neisser und Jarisch andererseits bei ihren Untersuchungen des Pemphigus gelangt waren, der Anatomie des Pemphigus der Haut und der Schleimhaut ein erneutes, eingehendes Studium gewidmet. Als Untersuchungsmaterial dienten ihm 14 an Prof. Kaposis Klinik in den letzten zwei Jahren beobachtete Fälle, deren Krankengeschichten im folgenden kurz mit-

geteilt werden. Drei dieser Fälle stellen sich wegen ihres raschen Verlaufes, wegen der grofsen Menge fast kontinuierlich nachschiebender Blasen, wegen des andauernden Fiebers und des raschen Verfalles der Kranken, endlich wegen des Überganges in die Form des Pemphigus foliaceus, den alle drei Patienten neben den Erscheinungen des Pemphigus vulgaris in Form von grofsen, roten, exfoliierten Flächen darboten, als Pemphigus malignus dar.

Auch bei den übrigen Patienten traten Fieberbewegungen auf, welche namentlich den Ausbruch neuer Blasen begleiteten. Während dieser Zeit boten alle Kranke jenes schwerere Krankheitsbild dar, welches für den Pemphigus bei frischen Blaseneruptionen charakteristisch ist, jedoch keineswegs durch das mäfsige Fieber (38—38,5°) vollständig erklärt werden kann.

Zum Studium der präkursorischen Erytheme und frisch entstandenen Blasen wurden Hautstücke unter lokaler Äthylchloridanästhesie excidiert.

Verfasser erörtert die Frage: „Geht der Blasenbildung immer erythematöse Entzündung voraus oder finden sich auch Blasen über vollkommen normaler Haut?“

Das Ergebnis der Untersuchung der Umgebung von Pemphigusblasen ist folgendes: „Man konstatiert Hyperämie, in manchen Fällen Blutungen, deutliche Füllung der Lymphgefäfse der Haut, Ansammlung seröser Flüssigkeit zwischen den Cutisbündeln und in allen Fällen ein mehr oder minder reiches kleinzelliges Infiltrat hauptsächlich des oberen Cutisanteiles. Aus diesen Thatsachen ergiebt sich der Schlufs, dafs die Pemphigusblase auf vorher entzündeter Haut entsteht.“

V. Über die Behandlung einiger Fälle von Augenblennorrhoe mit Largin, von Johan Almkvist-Stockholm. Verfasser teilt die Krankengeschichten von acht Fällen von Augenblennorrhoe mit, welche mit Largin behandelt worden sind. Der erste Fall betraf eine 25jährige Witwe, welche die letzten fünf Jahre an Ausflufs aus den Genitalien gelitten hatte. Am 3. Juli 1898 erkrankte sie mit Rötung und Schmerzen im rechten Auge und Anschwellung der Augenlider. Bei der Aufnahme im Krankenhaus St. Göran am 6. Juli zeigte die Patientin die Lider des rechten Auges stark ödematös geschwollen. Aus der Rima palpebrarum quoll Eiter, der zahlreiche Gonokokken enthielt. Die ganze Conjunctiva war gerötet und mit Eiter bedeckt. Cornea und Iris waren nicht affiziert. Der Gang der Behandlung war folgender: Zunächst wurde der Eiter mittelst lauwarmer Borsäurelösung oder mit sterilem Wasser möglichst sorgfältig aus dem Auge weggespült, die Spülflüssigkeit abgetrocknet, sodann wurde ungefähr 10 Minuten lang zwischen die angeschwollenen Augenlider wiederholt 2%ige Largin lösung eingepinselt. Hierauf wurde unter sorgfältiger Vermeidung von Druck und von allem, was das Herausfliefsen der Largin lösung aus dem Conjunctivalsacke begünstigen konnte, ein leichter Schutzverband angelegt. Die Einpinselungen wurden viermal täglich gemacht, aufserdem das Auge dreimal täglich mit ½%iger Largin lösung gespült. Bereits am 10. Juli war keine Sekretion mehr aus dem Auge vorhanden, am 15. war die Rötung der Conjunctiva verschwunden. Die Behandlung wurde nunmehr eingestellt, und die Patientin auf ihren Wunsch entlassen. Nach weiteren acht Tagen stellte sie sich wieder vor. Das Auge war vollkommen normal.

Nach den Beobachtungen des Verfassers scheint das Largin ein ausgezeichnetes Mittel gegen die Blennorrhoe zu sein, wo dieselbe frühzeitig in Behandlung kommt. Ist jedoch die Cornea bereits ergriffen, so wird sich der krankhafte Prozefs in seinem Weiterschreiten nur sehr schwer aufhalten lassen. Von Wichtigkeit für den Erfolg ist auch die Beschaffenheit der Largin lösung, die möglichst frisch verwendet werden soll. — Unter den beschriebenen Fällen befand sich auch einer mit einer blennorrhoischen Infektion der Canaliculi lacrimales. Im Laufe eines Jahres sind im Kranken-

hause zu St. Göran unter zehn Fällen von Augenblennorrhoe drei Fälle von blennorrhoischer Infektion der Thränenröhrchen vorgekommen. Vielleicht dürfte dieses Leiden häufiger anzutreffen sein, wenn man bei der Untersuchung nur seine Aufmerksamkeit darauf richten wollte.

VI. **Die Schnellfärbung des NEISSERschen Diplococcus in frischen nicht fixierten Präparaten**, von UHMA-Lemberg. Verfasser versuchte es, die bisherigen Färbemethoden des Gonococcus nach zwei Richtungen hin zu erweitern, einmal dafs man die Präparate, ohne sie zu fixieren, färben, zweitens dafs man mittelst der Färbung die Gonokokken von anderen Bakterien unterscheiden könnte. Die Färbung frischen Eiters ohne Fixierung geschieht mit dem von EHRLICH angegebenen Neutralrot (GRÜBLER), wobei man folgendermafsen verfährt: Es werden Objektgläser schon früher mit einer alkoholischen $^1/_2$—1%igen Neutrallösung benetzt, getrocknet und für den Bedarf bereit gehalten. Will man nun Eiter frisch färben, so nimmt man ein kleines Tröpfchen davon auf ein Deckgläschen, legt dieses auf eins der vorbereiteten Objektgläser, drückt an und untersucht sofort das Präparat. Wird die nötige Schicht des Farbstoffes richtig getroffen, so entsteht kein Niederschlag, und die Gonokokken sind fast die ersten morphotischen Elemente, die in dem mikroskopischen Bilde gefärbt erscheinen. Nur sehr selten werden mit dem Neutralrot andere Bakterien gefärbt.

Verfasser empfiehlt die Methode einer Nachprüfung zu unterziehen.

C. Berliner-Aachen.

Dermatologisches Centralblatt.

1899/1900. No. 2.

Hundert Fälle von Urethritis blennorrhoica anterior acuta mit Protargol als Aborticum behandelt, von ASSAR AHLSTROEM. Bei hundert Fällen, die innerhalb der ersten acht Tage der Erkrankung in Behandlung kamen, hat Verfasser das WELANDERsche Abortivverfahren mittelst Protargol angewendet. Es wurden 4—5 Tage zweimal täglich 5—10 g einer 2—4%igen Lösung vom Arzte und dann 3—5 Tage ein- bis zweimal täglich eine 1—2%ige Lösung injiziert und 10—15 Minuten in der Urethra gelassen. Als geheilt wurden die Fälle angesehen, bei denen 2—3 Wochen nach Beendigung der Kur trotz Diätfehler und provokatorischen Verfahrens (Sublimatspülungen etc) im Morgenharn keine Gonokokken gefunden wurden. Das Ergebnis war nur bei 13 Fällen (= 13%) ein negatives, von denen aber bei fünf schliefslich nach wiederholter Behandlung das Leiden beseitigt wurde. In den übrigen acht Fällen nötigten Komplikationen (in einem Falle infiltrierte Urethralfollikel, bei den anderen Urethritis posterior) zu anderen Methoden überzugehen. Die Injektionen verursachen nur geringes Brennen; einmal folgte eine gröfsere Urethralblutung und Ödem. Unbedeutende Blutungen zeigten sich auch in fünf weiteren Fällen. Der oft profuse durch Protargol verursachte Ausfluſs schwand spontan oder nach einer schwachen, adstringierenden Lösung.

LOEB und KUTZNITZKI polemisieren wegen der von letzterem angegebenen Darstellung eigentümlicher Körperchen im Sklerosensekret mittelst der Pikrinsäure-Methylenblaumethode. LOEB behauptete, dafs es sich um Farbstoffniederschläge handelt, was KUTZNITZKI bezweifelte. Die etwas scharf zugespitzte Polemik hat für den Leser weder etwas belehrendes, noch etwas erfreuliches.

Über präkolumbische Lepra, von H. POLAKOWSKI. Anknüpfend an eine Arbeit von LEHMANN-NITSCHE über präkolumbische Lepra rekapituliert Verfasser den Gang

der polemischen Verhandlungen über die Bedeutung altperuanischer Thonfiguren, stellt sich dabei durchaus auf den Standpunkt von Ashmead, der eine präkolumbische Lepra leugnet. Wen diese Frage interessiert, der sei auf das Original verwiesen.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Monatsberichte über die Gesamtleistungen auf dem Gebiete der Krankheiten des Harn- und Sexual-Apparates.

Band 4, Heft 11.

Die Salicylsulfosäure als Eiweifsreagens, von Mankiewicz. Zur Eiweifsprobe empfiehlt Verfasser auf Grund eingehender Untersuchung die Salicylsulfosäure (Präparat Merk). Der Urin wird filtriert, trüber Urin vorher mit Magnesiumsulfat oder Natriumbikarbonat versetzt. Dann wird in einem Reagensröhrchen auf 10,0 Urin 0,1—0,15 Sulfosalicylsäure (erbsengrofse Menge) zugesetzt und geschüttelt. Ist Eiweifs vorhanden, dann entsteht sofort eine Trübung, die zunimmt mit der Menge des vorhandenen Eiweifses. Ist diese minimal, dann kann es eine Minute dauern bis die Trübung sich einstellt. Man kann auch 10%ige Lösungen der Säure benutzen. Nur Mucin giebt eine ähnliche Trübung, die aber später eintritt und auf Erwärmen schwindet. Das Reagens weist noch 0,01 : 1000 Eiweifs sicher nach.

Neue Katheterdampfbüchse, von Oscar Ehrmann. Verfasser empfiehlt eine nach seiner Angabe von C. Müller (Berlin NO., Neue Königstr. 89) hergestellte Büchse zur Desinfektion und Aufbewahrung von Kathetern mittelst Dampfes, die Spirituslampe etc. beherbergt. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Bücherbesprechungen.

Handbuch der Krankenversorgung und Krankenpflege, herausgegeben von Georg Liebe, Paul Jacobsohn und George Meyer. II. Band, II. Abteilung, 1. Liefg. (Hirschwald. Berlin, 1899.) Die spezielle Krankenversorgung behandelt der vorliegende Teil des Handbuches der Krankenversorgung und Krankenpflege. In der zweiten Abteilung des II. Bandes wird zunächst die Fürsorge für Arbeiter behandelt, und zwar im Anschlufs an die soziale Gesetzgebung Deutschlands. Miegdorn bearbeitet die Fürsorge in Krankheitsfällen, Thiem bei Betriebsunfällen, Pielicke bei Invalidität und im Alter. Alle drei Autoren geben nach einem historischen Überblick von ärztlichen Gesichtspunkten aus eine Darstellung der Leistungen, welche laut Gesetz den Versicherungsverpflichteten obliegen, und der Vergünstigungen, welche sie dafür zu beanspruchen haben. Manche kritische Betrachtung der sozialen Gesetzgebung steigert das Interesse. Anhangsweise wird dann noch besonders die Krankenfürsorge für Bergarbeiter von Mende, für Dienstboten von Mugdan dargestellt. Pfleger behandelt die spezielle Krankenfürsorge für Gefangene, Feilchenfeld für Schüler und Waisen, Roth für Unbemittelte. Es folgen die Krankenversorgung des Landheeres im Frieden (Helbig) und im Kriege (Neumann). — Die zuletzt erschienene zweite Lieferung des ersten Bandes enthält eine Arbeit betreffend allgemeine Krankenhäuser und zwar Bautechnik (Ruppel), Statistik (Raths), Verwaltung (Curschmann und Eggelbrecht). Die Bautechnik ist durch zahlreiche Zeichnungen illustriert. — Auch diese Lieferungen beweisen durch ihren Inhalt die Vielseitigkeit und auch die Originalität des vorliegenden Werkes. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Veröffentlichungen der Deutschen Gesellschaft für Volksbäder. I. Heft. (Hirschwald. Berlin, 1899.) Wie alle auf Einrichtungen hygienischer Institutionen für die grofse Masse des Volkes hinzielenden Gesellschaften ist auch die Deutsche Gesellschaft für Volksbäder, deren Gründung wohl auf Lassars Initiative zurückzuführen ist, sehr freudig zu begrüfsen. Zweifelhaft dürfte es nur sein, ob dieselbe nicht gut thäte sich in den neuesten umfassenderen Verband zur Förderung der Volkshygiene einzufügen, von dem es ja nur eine Abteilung bildet. Allerdings lassen materielle Rücksichten es oft ratsamer erscheinen, wenn man nebeneinander marschiert. Das vorliegende Heft giebt die Statuten der Gesellschaft, ein Mitgliederverzeichnis und das Protokoll der Eröffnungssitzung. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Mitteilungen aus der Litteratur.

Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

Eine Diskussion über den Ursprung, die Wirkungen und die **Behandlung der septischen Infektion des Harntraktus.** (*Brit. med. Journ.* 29. Oktober 1898. David Newman: a) Die Einteilung der septischen Nierenerkrankungen: Man kann unterscheiden: 1. Eine purulente, embolische Nephritis. Das septische Virus wird durch den Blutstrom in die Niere eingeschleppt. 2. Eine purulente, interstitielle Nephritis. Die Infektion geschieht auf dem Wege der Lymphgefäfse von einem primären, septischen Herde in den unteren Harnwegen aus. 3. Eine akute septische Nephritis ohne Suppuration. 4. Eine Pyelonephritis. 5. Eine Pyelitis. 6. Eine Pyonephrosis.

b) Die Ätiologie der Sepsis der Blase. Hierbei hat Verfasser die wichtige Beobachtung gemacht, dafs in der Mehrzahl der Fälle dem Ausbruche der Cystitis Untersuchungen mit dem Finger oder mit Instrumenten vorangegangen sind. Experimentelle Untersuchungen haben ergeben: 1. Dafs einfache Harnretention keine septische Entzündung der Blase zur Folge hat. 2. Dafs kleine Kulturen von pyogenen Mikroorganismen, wie Staphylococcus pyogenes aureus, Staphylococcus pyogenes albus oder Bacillus coli communis, wenn sie in die gesunde Blase eingeschleppt werden, keine Sepsis hervorrufen. 3. Dafs, wenn die Blasenschleimhaut verletzt oder erkrankt ist, die Einschleppung von Mikroorganismen sofort Sepsis zur Folge hat. 4. Dafs eine 6—20 Stunden anhaltende, künstliche Harnretention nach Einführung septischer Organismen in die Blase von suppurativer Entzündung der Blasenschleimhaut gefolgt sei.

c) Septische Erkankungen der Nieren können hervorgerufen werden: 1. Durch septische, auf dem Wege des Blutstromes aus den Geweben oder fremden Organen nach dem Harnapparat verschleppte, embolische Infarkte. 2. Durch Invasion derselben auf dem Lymphwege. 3. Durch direkte Infektion der Lumina der exkretorischen Gänge. 4. Durch septische Infektion von benachbarten Bauchorganen aus. 5. Durch direkte Verletzungen.

Th. Rovsing (Kopenhagen) unterscheidet zwei Hauptgruppen von Bakterien, welche den Harntraktus beherrschen: 1. solche Bakterien, welche den Harnstoff zersetzen (Staphylococcus aureus, albus und pyogenes, Proteus-Hauser, verschiedene Diplokokken und Stäbchenbakterien, die sowohl pyogen und nicht pyogen sind);

2. diejenigen Bakterien, welche unter dem Namen Bacterium coli bekannt sind. Unter normalen Verhältnissen enthält die Urethra harnstoffauflösende Mikrobien, deren Zahl sich enorm vergrößert, sobald irgend eine Entzündung jenes Organs vorhanden ist. In den Eingeweiden findet man dagegen stets Haufen von Colonbacillen. Letztere können gelegentlich durch die Urethra in den Harntraktus gelangen. Eine Infektion findet am häufigsten per urethram, nächstdem durch das Blut statt. In der Mehrzahl derjenigen Fälle von septischer Infektion der Harnwege, in denen keine der bekannteren Ursachen, wie infizierte Instrumente, Blennorrhoe, Incontinentia urinae, vorliegt, wird nach der Ansicht des Verfassers die Infektion eine hämatogene sein. Die Quelle derselben wird in der Regel im Darm zu suchen sein, 1. weil man in Fällen von kryptogener Infektion vorwiegend den Bacillus coli oder den Bacillus coli plus anderen Mikrobien als Ursache der Infektion antrifft; 2. weil solche spontane Infektion oft bei Patienten auftritt, welche Symptome einer akuten oder chronischen Enteritis, besonders aber einer Colitis mit chronischer Konstipation zeigen. Für gewöhnlich ist es die Niere, in welcher zuerst die Infektion vom Blute aus Platz greift. Die Folgen dieser Infektion können sein 1. nicht eitrige Bakteriurie, epitheliale Cystitis; 2. eitrige Cystitis, Ureteritis, Pyelitis, Nephritis. Was die größere oder geringere Malignität der verschiedenen Formen von Harninfektion betrifft, so glaubt Verfasser, daſs die Infektion mit dem pyogenen Bacillus coli gutartig ist im Vergleich zu derjenigen mit Staphylococcus pyogenes aureus und albus, Proteus-Hauser und Streptococcus ureae.

C. Mansell Moulin-London stimmt in seinen Ausführungen wesentlich mit dem Vorredner überein.

Max Melchior berichtet über 52 bakteriologisch untersuchte Fälle von Cystitis und Harninfektion. Er teilt sein Untersuchungsmaterial in drei Gruppen ein: 1. Reine Bakteriurie; 2. Fälle, in denen der Hauptsitz oder Ursprung der Infektion die Blase ist, so bei der Cystitis und Cystopyelonephritis; 3. Fälle, in denen der Sitz oder der Ursprung der Infektion im oberen Teile des Harntraktus, in den Nieren oder im Becken zu suchen ist. Die Schlüsse, welche Melchior aus seinen Beobachtungen zieht, sind folgende: 1. Das Bacterium coli ist die häufigste Ursache der Bakteriurie und ruft immer sauren Harn hervor. 2. Bacteriurie kann indessen auch durch harnstoffzersetzende Mikrobien hervorgerufen werden. 3. Die Bacteriurie kann eine renale oder vesikale sein. In letzterem Falle spielt die Prostata bisweilen eine wichtige Rolle als Herd des infektiösen Agens. 4. Das Bacterium coli findet sich am häufigsten bei Cystitis, Pyelitis und suppurativer Pyelonephritis. 5. Eine groſse Zahl von Cystitisfällen zeigt stark sauren Harn. 6. Sogar die harnstoffzersetzenden Mikrobien können Cystitis mit saurem Harn hervorrufen. 7. Beim Weibe sieht man nicht selten Colicystitis von einer urethralen Autoinfektion hervorgehen. 8. Bei der Cystitis kann das Bacterium coli von anderen harnzersetzenden Bakterien begleitet sein. 9. Das Bacterium coli kann auf hämatogenem Wege vom Verdauungstraktus aus eine scheinbar spontane Cystitis und Pyelitis hervorrufen. 10. In diesen letzteren Fällen ist die Pyelitis nicht selten mit descendierender, sekundärer Cystitis kompliziert. 11. Harnstoffzersetzende Mikrobien können bisweilen eine Pyelonephritis mit saurem Harn ohne komplizierende Cystitis hervorrufen.

An der weiteren Diskussion über denselben Gegenstand beteiligen sich W. B. Clarke, W. H. Battle, J. H. Nicoll, D. MacEwan und Prof. Kocher aus Bern.

C. Berliner-Aachen.

Ein Fall von Hermaphroditismus, von Martinet. (*Journ. des Praticiens.* 1899. No. 26.) Der Verfasser berichtet über einen Fall von sogenanntem Hermaphroditismus, der schon im Jahre 1885 von Pozzi beschrieben worden ist. Es handelt sich um ein Individuum, dessen Äuſseres ausgesprochen weiblichen Charakter hat. Dasselbe besitzt

einen ca. 3½ cm langen clitorisähnlichen, hypospadischen Penis; die Harnröhrenmündung befindet sich ca. 1 cm unterhalb der Peniswurzel. Die Ränder des auf der unteren Fläche gespaltenen Präputiums setzen sich nach hinten fort und bilden unterhalb des Penis zwei kleine Wülste, die nach Lage und Gestalt kleinen Schamlippen gleichen. Im unteren Teile des Raumes, den diese einschliefsen, liegt das Orificium; an den Rändern desselben finden sich Carunculae, die an Hymenalreste erinnern. Durch das Orificium gelangt man in die ca. 8 cm tiefe, ziemlich enge „Vagina"; am Grunde derselben findet sich ein trichterförmiger Blindsack. Nach aufsen von den „kleinen Schamlippen" liegen zwei Wülste, die den Labia maiora gleichen und je ein taubeneigrofses, ovoides Gebilde von elastischer Konsistenz enthalten; diese Gebilde hält der Verfasser für Hoden. Ein Uterus ist nicht vorhanden, ebensowenig eine Prostata. Das Individuum wurde als Mädchen erzogen. Nach Ansicht des Verfassers ist dasselbe ein Mann mit Hypospadie und gespaltenem Hodensack. Der Verfasser kommt auf den Fall zurück, weil die Person seit der ersten Beschreibung wiederholt sexuellen Verkehr mit Männern gehabt hat, wovon unter anderem das Bestehen einer blennorrhoischen „Vaginitis" Zeugnis ablegt; es besteht sogar dringender Verdacht, dafs das Individuum sich der Prostitution ergeben hat; dasselbe behauptet, beim geschlechtlichen Verkehr mit Männern wollüstige Gefühle zu empfinden. *Götz-München.*

Praeputium, von Englisch. (*Eulenburgs Realencyclop.* Bd. XIX.) Das Praeputium entwickelt sich in den ersten Monaten des Embryonallebens aus einer nach vorne wuchernden Hautfalte. Nach unten offen schliefst sie sich in demselben Verhältnis wie es die Harnröhre selbst thut. Die Trennung der Vorhaut in ihre zwei Blätter erfolgt erst viel später. Physiologisch betrachtet dient die Vorhaut zum Schutze der Eichel und zur Vergröfserung der Gliedhaut während der Erektion. An letzterer nimmt besonders das äufsere Blatt teil. Die angeborenen Fehler des Präputiums bestehen in mangelhafter Entwickelung, dauernder Verklebung und Verwachsung mit der Eichel oder einer solchen des rüsselförmigen Vorhautfortsatzes. Totaler Mangel einer Vorhaut ist selten. Oft besteht sie nur in einer Hautfalte, kranzartig um die Glans gelegt, oder wird durch einen einzelnen Höcker blofs angedeutet. Auch kann eine Art nach vorn reichenden Lappens die Stelle der Vorhaut vertreten. Am häufigsten ist sie unten total oder teilweise nicht vereinigt. Meist findet sich dies bei Hypospadie, selten bei normaler Harnröhre. Bei totaler Spaltung der Vorhaut hindern die oft unförmigen seitlichen Lappen den Geschlechtsverkehr. Häufig kommt eine vollständige oder teilweise Verwachsung der Vorhaut mit der Eichel vor. Es handelt sich teils um blofse Verklebungen, teils um wirkliche Synechien. Seitlicher Umfang und oberer Rand scheinen von diesen Bildungen bevorzugt zu werden. Teilweise resultieren daraus Störungen beim Coitus; häufig solche beim Wasserlassen, wenn Vorhaut- und Urethralmündung nicht zusammenfallen. Zuweilen kommen in diesem Falle auch Veränderungen an der Harnröhre selbst vor. Ist die Vorhaut mit einer nur minimalen Öffnung versehen, so sind Reizzustände durch Smegmaansammlung und Erweiterung sowie Entzündung der höheren Urethralabschnitte eventuell die Folge. Die Spannung der Haut macht den Beischlaf schmerzhaft. Auch Fistelbildung erfolgt zuweilen. Die Beseitigung der Verwachsungen erfolgt nach chirurgischen Gesichtspunkten. Bei breiteren Synechien unterbinde man doppelt vor der Durchtrennung mit dem Messer. Überhaupt halte man sich der Blutung wegen mehr an der Haut als an der Eichel. Bei totaler Synechie genügt die Freilegung der Harnröhrenöffnung. Gegen Blutungen aus der Eichel genügt Kauterisation, wenn einfache Kompression oder solche über einem Katheter ohne Erfolg bleibt. Imperforatio congenita wird der Zustand der totalen Verklebung des Präputialsackes

genannt. Nach Entzündungen kommt dieser Zustand äußerst selten vor. Der in den Sack einströmende Urin bildet eine pralle Blase, aus der keine Flüssigkeit austritt. Bei Neugeborenen tritt der Tod ein, wenn nicht auf chirurgischem Wege Abhülfe geschaffen wird oder Gangrän beziehentlich Entzündung einen Ausweg schaffen.

Die Phimose kann angeboren und erworben sein. Die Enge der Vorhaut mit rüsselartiger Verlängerung derselben findet sich besonders bei Kindern. Oft verschwindet sie im Laufe der Jahre wieder. Im anderen, mehr bei Erwachsenen vorkommenden Falle ist der Öffnungsring des Präputiums der eigentliche Sitz der Verengerung. Die Behebung der Phimose durch alleinige Spaltung des inneren Vorh a blattes spricht dafür, daß die mangelnde Dehnbarkeit desselben das ursächliche Moment ist. Neben der durch Entzündungs- und Spannungsprozesse bedingten Phimosis acquisita findet sich auch noch eine Phimosis senilis (Günther) infolge Schwinden des Fettes und Starrwerden des Bindegewebes der Vorhautlamellen. Die Stauung des Harns, der aus dem Vorhautsack nur allmählich abfließt, sowie die Smegmaansammlungen führen zu Entzündungen, zu Eiterungen. Bei Diabetes mellitus ist die Vorhaut oft Sitz entzündlicher Vorgänge mit herpetischen Efflorescenzen und scharfrandigen Geschwüren mit infiltrierter Umgebung, die zur Phimosenbildung führen. Das erste Symptom sind meist neuralgische Beschwerden in der Eichel. Allgemeine diabetische Erscheinungen folgen meist erst später diesen örtlichen Krankheitssymptomen.

Durch die Phimose werden Eichel und innere Platte oft so reizbar, daß ihre Berührung Krämpfe auslöst. Zuweilen sistieren epileptische Anfälle dauernd mit Beseitigung der Harnröhrenverengerung.

Hernien finden sich häufig bei Kindern, wenn der Processus vaginalis peritonei offen bleibt, auch können sie durch Anstrengung beim Wasserlassen entstehen. Auch führt die erschwerte Samenentleerung zuweilen zur Sterilität. Andererseits zeugen Leute mit excessiver Phimose häufig Kinder. Enuresis nocturna sowie Erweiterung der Blase mit chronischer Harnverhaltung und Überlaufen des Virus finden sich mitunter als Folgen der Phimose. Sehr selten sind Mißgestaltungen der Glans (Atrophie) durch den seitens der Vorhaut ausgeübten Druck. Im Londoner Museum wird ein Präparat gezeigt, wo das Glied atrophisch geworden ist dadurch, daß die Eichel in eine Perforationsöffnung des Präputium eingeheilt war. Die übrige Vorhaut bildet in diesem besagten Falle einen geschlossenen Sack. — Die Behandlung der Phimose kann in Dilatation, Incision, Excision und Cirkumcision bestehen. Zur Erweiterung verwendet man aufquellende Substanzen, wie Laminaria, besonders bei Kindern zu empfehlen, Preßschwamm (Pitha) u. a. Vermittelst wiederholten Retrahierens kann man ebenfalls Erfolge erzielen. Öffnen geschlossen eingeführter Pinzetten und Zangen innerhalb des Vorhautsackes dilatiert ebenfalls zuweilen ganz gut. Trew gab zu gleichem Zweck ein federndes Dilatatorium an. Nélaton, Wittelshöfer andere ähnliche, andere ein dem Weissschen Ohrenspiegel analoges Instrument. Die unblutige Erweiterung, für messerscheue Personen und in messerscheuen Familien angezeigt, ist schmerzhafter, länger dauernd und im Erfolg fraglicher als die blutige Operationsmethode. Bei der Incision werden entweder beide Blätter gespalten oder nur das innere, je nach Indikation. Letztere von Pargay angegebene Operationsweise führt oft zu Recidiven. Bei der Durchschneidung beider Blätter führt man den Schnitt entweder mitten am Rücken der Eichel, seitlich (zur Umgehung von Gefäßen — Pitha — giebt stets schlechte Form der operierten Vorhaut) oder neben dem Bändchen (Celsus, Aquapendente, Nussbaum). Sehr empfiehlt es sich, den Schnitt nach Fricke noch 2 cm hinter die Eichelkrone auf das Praeputium penis auszudehnen. Man vermeidet damit eventuell entstehende sekundäre

Verengerungen. Der doppelseitige parafrenuläre Schnitt läfst der Glans ihre Bedeckung. Das bekannte Rosenbsche Verfahren verhindert die Verwachsung der Schnittränder vom hinteren Wundwinkel her. Zur Vermeidung der Reizung durch die Nähte empfahl Vidal de Cassis die nach 1—2 Tagen zu entfernenden Serres fines, doch erfolgte darauf Gangrän und auch Tod, was allerdings vielleicht im Diabetes seinen Grund gehabt hat. Ist aus Versehen die Sonde oder Scheere in die Harnröhre geführt und die Eichel incidiert worden, so mufs dieselbe sofort über einer eingeführten Sonde wieder genäht werden. An Stelle des schneidenden Instrumentes setzte man bei der Phimosenoperation die Durchtrennung mit der Chlorzinkpaste, den Galvanokauter oder den Pacquelin. Gorgerets von Holz schützten die Eichel dabei vor Verbrennungen. Um die Bildung unschöner, ja später z. B. beim Coitus sogar störender Lappen zu vermeiden. dient die neben der Incision anwendbare Excision oder die völlige Umschneidung der Vorhaut. Ricord gab eine Pincette mit gefensterten Branchen an, die von oben hinten schräg nach vorn unten über die protrahierte Vorhaut gelegt wurde. Durch die Fenster des Instruments wurden Fäden eingeführt, die später nach Abtragung des freien Vorhautteils gleich zur Naht verwendet werden können, wenn man sie in der Mitte etwas emporzieht und durchtrennt. Um die Erektion während des Heilungsverlaufs zu vermeiden, gab man intern Lupulin und andere Narcotica. Je mehr das innere Blatt des Präputiums verengt ist, um so angezeigter ist die Cirkumcision. Um die oft nach der Freilegung äufserst empfindlichen, ja schmerzhaften Zustände zu hindern, empfiehlt sich neben Lösungen von basisch essigsaurem Blei mit Tinctura thebaica das Cocain. Zu Verbänden sind ferner angezeigt 4%ige Borlösung und 1‰ige Sublimatlösung; Karbolsäure ist wegen starker Reizwirkung ganz zu vermeiden. Mit der Phimose ist oft eine Paraphimose entstanden, entweder dadurch, dafs die nach hinten gezogene verengte Vorhaut nicht mehr über die Eichel zurückgeht, oder durch Entzündungsprozesse an dem überhaupt kurzen und engen Präputium. Ist der paraphimosische Ring der entweder durch Masturbation, Coitus, Balanitiden oder Phlebitiden entstandenen Einschnürung sehr eng, so entsteht wohl auch lokale Gangrän neben Phlegmonen und Harnröhrenfisteln. Die Reposition ist sofort zu versuchen als causales Mittel. Mit Anwendung von Eis und Salben soll man nicht zu viel Zeit verlieren. Bei der Reposition mufs die Eichel entweder durch die Daumen oder durch Bändchen und schmale Bindenstreifen komprimiert werden, bis die Vorhaut darüber zu gleiten im stande ist. Gelingt die Reposition nicht, so mufs zur Spaltung des Schnürringes geschritten werden. Meist wird diesem Eingriff die Beseitigung des ursächlichen Moments, der Phimose folgen müssen. Bei angeborener Phimose orientiere man sich stets darüber, ob auch die Harnröhre Verengerungen aufweist. Zu den Neubildungen der Vorhaut gehören die zwischen beiden Blättern oder auf der Innenfläche liegenden Atherome, ferner Papillome, Epitheliome und Cornua cutanea. Ansammlungen von Epithelialgebilden und mineralische Niederschläge bilden die nicht seltenen Concrementbildungen der Vorhaut, die sich besonders beim Säugling oft im Sulcus coronarius finden, wo sie dann der ersteren Form angehören. Mineralische Bestandteile sind entweder in loco gebildete Tripelphosphate oder aus der Niere und Blase hierher gelangte Konkretionen. Prädisponierend wirkt ebenfalls wieder die Phimosis congenita. Meist findet sich nur ein Stein; Brodie beobachtete 60 Stück, darunter von 15 mm Länge; Petit fand einen pflaumengrofsen Präputialstein, Vanzetti einen 240 g schweren, Begin einen hühnereigrofsen. Zu den Symptomen der Vorhautsteine gehören Formveränderungen des Gliedes, Spannung der Vorhaut, Entzündungen bis Gangrän, sowie Störungen der Urinentleerung. Zuweilen, bei Vorhandensein mehrerer Steine, läfst sich ein Reibegeräusch hervorrufen. Über dem Steine kann später die Vorhaut mit

der Eichel verwachsen. Differentialdiagnostisch kommen Steine der Urethra glandis in Betracht. Die Behandlung ergiebt sich aus chirurgischen Gesichtspunkten.

E. Hopf-Dresden.

Eine überzählige Glans penis, von FOWKER. (*Internat. med. Magaz.* Juni 1899.) Verfasser sah ein dreijähriges Kind, welches eine zweite, aber undurchbohrte Eichel gerade über und hinter der anderen hatte; beide waren von derselben Vorhaut bedeckt und machten dem Kinde keine Beschwerden. Die Mutter, über die Abnormität beunruhigt, wünschte deren Entfernung, die leicht gelang. *F. Hahn-Bremen.*

Ein Fall von „Plaque indurée" am Penis, von POSNER. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1899. No. 25.) Schwielenartige Verdickungen auf dem Rücken des Penis kommen vor nach Verletzungen, nach Entzündung der Corpora cavernosa oder Lymphgefäfse im Anschlufs an Blennorrhoe, infolge von Gicht oder Syphilis. Aufserdem existiert ein freilich sehr seltenes Krankheitsbild, welches französische Autoren als „Plaque indurée" bezeichnet haben. Hierbei entwickelt sich an einer ganz bestimmten Stelle, der Peniswurzel, allmählich eine Verdickung. Anfangs ein erbsengrofses Knötchen, wächst dieselbe in die Breite und Tiefe, so dafs sie scheinbar als Platte zwischen Haut und Corpora cavernosa liegt und mit einem keilförmigen Fortsatz in die Furche zwischen der letzteren sich einsenkt. Schmerzen sind nicht vorhanden, Erektion wird allmählich aufgehoben. Verfasser hat bei einem 41jährigen Patienten eine solche „Plaque indurée" beobachtet, die sich mit $2^1/_2$ Jahren entwickelt hat und jetzt als eine etwa 1 cm lange, etwas breitere, knorpelharte Platte erscheint, nach vorn scharf absetzend, nach hinten in einzelne, bindegewebige Stränge verlaufend. Therapie war bisher erfolglos. Operation ist nur bei erheblichem weiteren Wachstum angezeigt. Die Röntgendurchleuchtung ergab, dafs der vordere Teil sich als undurchlässig erwies, also wohl knorpelig war. — Diese knorpeligen oder knochigen Neubildungen, die sogenannten „Penisknochen" kommen bei manchen Wirbeltieren häufig oder regelmäfsig vor, z. B. bei Coluber natrix, Nagetieren, Hund u. s. w. Verfasser ist geneigt, seinen Fall ähnlich zu beurteilen. *I. Bloch-Berlin.*

Fibromyoma des Penis, von HASLAM. (*Brit. med. Journ.* 19. Nov. 1898) Ein 43jähriger Mann hatte, so lange er sich erinnern konnte, einen kleinen Knoten an der rechten Seite des Penis nahe der Vorderfläche des Scrotum. Seit einiger Zeit nahm der Tumor langsam an Gröfse zu und ist in den letzten zwei Monaten rapide gewachsen. Bei der ersten Untersuchung durch den Verfasser erwies sich der hühnereigrofse Tumor mit einer breiten Basis an die laterale und ventrale Fläche des rechten Corpus cavernosum angeheftet, ohne die Urethra in Mitleidenschaft gezogen zu haben. Die mikroskopische Untersuchung des operativ entfernten Gewächses ergab alle Anzeichen eines Fibromyoms. Es bestand aus fibrösem Gewebe und glatten Muskelfasern.

C. Berliner-Aachen.

Anweisung zum Selbstkatheterismus, von GOLDBERG. (Paul Neubner-Köln.) Verfasser hat zunächst als Anweisung für seine eigenen Patienten seine Vorschriften zur Behandlung des Katheters drucken lassen und eine zweite Ausgabe als Begründung dieser Anweisung für die Ärzte beifügen lassen. Es ist nicht zu bezweifeln, dafs sich auf die angegebene Art der Katheterismus auch für lange Zeit aseptisch ausführen läfst, ebenso sind die verlangten Apparate und der ganze Vorgang nicht allzu zeitraubend und kostspielig, so dafs man wünschen kann, es möchte in allen Fällen so verfahren werden, doch scheint dies vorläufig ein frommer Wunsch!

F. Hahn-Bremen.

Zur Frage der Katheterdesinfektion, von HULDSCHINER. (*Die ärztl. Praxis.* 1899. No. 10.) Nach einem Stofsseufzer über die Schwierigkeit weiche Urethral-

instrumente zu sterilisieren berichtet Verfasser über eine üble Erfahrung mit der Formalithdesinfektion. Bei einem sonst mit in Sublimat desinfizierten Sonden anstandslos behandelten Patienten stellte sich, als Verfasser mittelst Formalithpastillen desinfizierte Instrumente verwendete, eine Urethritis membranacea mit Harnretention ein. Besserung erfolgte erst, als wieder zur Sublimatreinigung zurückgekehrt wurde. Experimenti causa wurde später wieder einmal eine mit Formalin desinfizierte Bougie eingeführt, sofort traten dieselben Symptome ein. Der an den Instrumenten haftende Formalinthau ist für die Harnröhre sehr different; für dicke Instrumente verwendet Verfasser daher kein Formalin mehr. Von der Desinfektion dünner Nelatons mit Formalin hat er bisher keine Nachteile gesehen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Ein verbessertes Urethroskop, von Ferd. C. Valentine - New York. (*Med. News.* 13. Mai 1899.) Von den drei Arten des Urethroskops, wie sie jetzt in Gebrauch sind, ist zweifellos das beste das von Otis, aber es ist sehr teuer und kompliziert, letzterer Vorwurf neben dem der schweren Handlichkeit trifft nach V. auch den Nitze-Oberländerschen, welchem noch verschiedene weitere Unbequemlichkeiten anhaften sollen. Die Verbesserungen, welche nun V. nach verschiedenen Versuchen anbrachte, bestehen vor allem in der Einführung von Trockenelementen, bestehend aus einer kleinen, vier Zellen enthaltenden Büchse; diese Zellen genügen für die Anzahl von 350 völlig ausgeführten Urethroskopien. Die Tuben, welche V. gebraucht, sind ähnlich den von Kollmann modifizierten Oberländerschen. Ihr poliertes Ende ermöglicht die Harnröhre von hinten nach vorn und umgekehrt zu untersuchen, ohne dem Patienten die geringsten Schmerzen zu machen. An dem Gesichtsende der Tube, welches gröfser ist als das der übrigen Urethroskope, ist ein 16 mal vergröfserndes Megaloskop angebracht. Das Licht ist eingekapselt, so dafs ohne Unterbrechung alle Teile der Harnröhre untersucht und unter Führung des Auges alle intra-urethralen Operationen ausgeführt werden können; irgend welche Beschwerden verursacht es durch (seine) Hitze nicht, wie V. bei einer Sitzung von 40 Minuten Dauer konstatieren konnte. Bezüglich weiterer Einzelheiten, welche nur durch die beigegebenen vier Illustrationen verständlich sind, ist das Original einzusehen. *Stern-München.*

Zur Technik der örtlichen Harnröhrenbehandlung mit Flüssigkeiten, von B. Goldberg. (Therap. Beilage No. 8 d. *Dtsch. med. Wochenschr.* 1899. No. 31.) Verfasser empfiehlt, stets die Kapazität der Harnröhre zu messen und darnach die Gröfse der Tripperspritze zu verordnen. Mit den „prolongierten" Einspritzungen mufs man vorsichtig sein, da bei denselben leicht etwas von der Einspritzung in die hintere Harnröhre dringt, was bei gesunder Urethra posterior stets ein Fehler ist. Spülungen der vorderen Harnröhre soll nur der Arzt vornehmen und zwar nicht mit der grofsen Handdruckspritze, sondern mit dem Irrigator. Die Urethra posterior darf auch nur vom Arzte behandelt werden; stets mufs vorher die anterior gut ausgespült werden; die direkte Ausspülung der Urethra posterior (nach Janet) wird schonender mit dem Irrigator als mit der Spritze ausgeführt; da wo der Sphinktertonus nicht zu überwinden ist, wird man besser die direkte Bespülung mit Hülfe eines vorn geknöpften Katheters vornehmen. *F. Hahn-Bremen.*

Zur Tamponade der Urethra, von S. Kopmann. (*Centralbl. f. Chir.* 1899. 14.) Ein Blennorrhoiker kam mit starker Harnröhrenblutung zum Verfasser; das Blut spritzte in bleistiftdickem Strahle wie aus einer durchschnittenen Arterie. Verfasser führte mit langer Knopfsonde einen in Sol. alumin. acet. getauchten Gazestreifen, soweit es ging (wie weit war das! D. Ref.) ein und stopfte mit diesem die Urethra fest aus;

darnach Druckverband um den Penis. Bei der Abnahme des Verbandes am folgenden Tage wiederum Blutung, daher erneute Tamponade, die zur Heilung führte.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Komplete Zerreifsung der Harnröhre, von ARTHUR STERN. (*New York med. Journ.* 13. Mai 1899.) Zur Kasuistik dieser traumatischen Affektion bringt St. den Fall eines 34jährigen Mannes, welcher von einer Leiter herab auf einen Staketenzaun fiel und von einem der Pfähle zwischen Hoden und Mastdarm aufgespiefst wurde. Beim Versuch, kurz darauf Urin zu entleeren, kam nur eine ziemliche Menge Blutes. Patient war dann noch etwa 20 Minuten gegangen, sein Antlitz war bleich und ängstlich. Nach der Ankunft im Krankenhaus wurde ein dünner Nelatonkatheter einzuführen versucht, es gelang aber nicht. Es wurde nun die äufsere Urethrotomie gemacht, der Finger kam, wie immer bei diesen Fällen, in eine mit Blut und Urin gefüllte Höhle und die völlig zerrissene Harnröhre wurde wieder zusammengenäht; nach drei Wochen trat völlige Heilung ein. Es hat sich also in diesem Falle um die häufigste Form der Harnröhrenzerreifsung, die vollständige, gehandelt; die zwei anderen Arten, 1. interstitielle Zerreifsung (6% aller Fälle) und 2. Verletzung des kavernösen Gewebes und der Urethra in mehr oder weniger hohem Grade sind seltener.

Stern-München.

Tod durch Blutvergiftung infolge Harnröhrenzerreifsung. In der *Unfallversicherungs-Praxis* (1898. No. 18) wird folgender Fall berichtet: Ein Fuhrmann setzte sich auf den Rand seines kastenförmigen Wagens so, dafs er auf einer der Handhaben zu sitzen kam, welche dazu diente, die vordere Wagenwand durch Schieber zu öffnen. Er nahm zunächst keine Notiz davon, klagte erst später über sehr heftige Schmerzen. Der erst nach drei Tagen zugerufene Arzt fand eine ausgebreitete Schwellung und Verfärbung des rechten Oberschenkels. Er diagnostizierte eine Phlegmone. Patient starb 36 Stunden später. Erst die Sektion ergab, dafs es sich um eine Harnröhrenzerreifsung nahe der Eintrittsstelle in der Blase handelte und ein starker Bluterguſs vom Schambein abwärts am Oberschenkel vorhanden war. Der Zusammenhang der Verletzung mit dem tötlichen Ausgang konnte als sicher angenommen werden.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Ruptur der Urethra, von ALEXANDER. (*Brit. med. Journ.* 26. Nov. 1898.) Der Verfasser beschreibt einen Fall von vollständiger Ruptur der Pars membranacea urethrae bei einem 27jährigen Manne, der von einem Rollwagen überfahren wurde und hierbei aufserdem eine komplizierte Fraktur des rechten Oberschenkels erlitt. Beim perinealen Schnitte wurde ein mit Blut und Serum gefüllter Sack vor der Blase gefunden, den man irrtümlich als eine Ruptur der Blase ansah. Die Heilung wurde durch die Fraktur etwas verzögert.

C. Berliner-Aachen.

Über ausdrückbare Blase, von GEORG KAPSAMMER. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1899. No. 21.) HEDDAEUS, der zuerst die Ausdrückbarkeit der Blase anwendete, hält das Verfahren bei gelähmtem und nicht gelähmtem Sphincter vesicae externus für durchführbar. STARK erklärt das Ausdrücken der gefüllten Blase indiziert, wo der nach aufsen führende Kanal nicht obturiert, die Blase nicht sehr schmerzempfindlich auf Druck ist, er hat das Verfahren bei zwei Fällen von Prostatahypertrophie mit Erfolg benutzt. Anknüpfend an einen Fall erörtert Verfasser die Fragen: 1. Ist zur Ausdrückbarkeit eine Insuffizienz des Verschlufsapparates überhaupt nötig? 2. Ist es der Sphincter internus oder externus, dessen Läsion die Ausdrückbarkeit bedingt? — Er kommt dabei zu dem Schlusse, dafs eine Überwindung des normalen Sphinkterenverschlusses durch den Druck nicht möglich ist. Der Sphincter externus kann voll-

kommen verschlufsfähig sein und doch ist die Blase ausdrückbar; nur der Sphincter internus mufs lädiert sein, sei es durch Innervationsstörungen, sei es durch lokale anatomische Veränderungen. — Verfasser nimmt entgegen Heddaeus die Existenz eines besonderen Sphincter internus an, dessen Tonus die Blase verschliefst. Der Sphincter externus ist nicht andauernd kontrahiert, nur im Notfalle, willkürlich oder auf Reflex besorgt er den Blasenverschlufs. Damit wäre denn auch die Lehre von der beständigen Schranke zwischen Pars anterior und posterior erschüttert. — Verfasser geht dann noch auf die Theorien über die Entstehung des Harndranges ein und führt die Dehnungstheorie (Born) und Kontraktionstheorie (Guyon etc.) als richtig an. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Fremdkörper in der Blase von Männern, von Rudolf Trzebicky. (*Centralbl. f. Chir.* 1899. No. 19.) Eine Reihe von Fällen, bei denen die verschiedenartigsten Fremdkörper in die Blase des Mannes gelangt waren: Holzstäbchen, Glasrohr, Gänsefederkiel, Glasstäbchen, eine Kürschnernadel, Katheter. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Symptome und Diagnose der Blasensteine bei Kindern, von Jubainville. (*Thèse de Paris.* 1898.) Die ersten Symptome, die bei Kindern auf Blasensteine hindeuten, sind hartnäckige Incontinentia urinae diurna und Vermehrung der Urinentleerungen bei Nacht und in noch gröfserem Mafse bei Tag; dann kitzelnder Schmerz an der Glans nach den Urinentleerungen, Schmerzen im Mastdarm bei der Defäkation, Gefühl von Schwere am Perineum, endlich Unterbrechungen des Urinstrahls. Hämaturie infolge von Blasensteinen ist bei Kindern unter zwölf Jahren selten; sie kommt nur nach heftigen Bewegungen vor. Cystitis findet sich in allen Fällen. Eine sichere Diagnose kann nur auf Grund eingehender Untersuchungsmethoden (Untersuchung per rectum, mit Röntgenstrahlen, mit Metallsonden) gestellt werden. (Nach *Journ. des Praticiens.* 1899. No. 4.) *Götz-München.*

Baroni berichtet **über einen Fall von intraperitonealer Ruptur der Blase mit spontaner Heilung.** Die Ruptur war durch einen Sturz vom Zweirad zu stande gekommen. Es handelte sich um einen Prostatiker, bei dem offenbar noch ein Blasendivertikel bestand. Infolge der konstanten übermäfsigen Anfüllung der Blase und der daraus resultierenden abnormen Spannung der Wandungen derselben kam es unter dem Einflusse des Traumas zur Ruptur. Nach einer Reihe ziemlich alarmierender Symptome mit Bildung eines Abscesses in der Leistengegend, genas der Patient endlich ohne chirurgische Intervention, die übrigens wegen der Nähe eines purulenten Herdes kontraindiziert war. (*La Settimana med. dello Sperimentale.* 1899. No. 21.) *C. Müller-Genf.*

Über das Verhalten bei Urinstagnation mit Ausdehnung der Blase, von Bazy. (*Journ. des Praticiens.* 1899. No. 12.) Ausdehnung der Blase infolge von Urinstagnation bedeutet stets eine schwere Affektion, gleichviel, ob dauernd inkomplete Retention besteht oder ob im Verlaufe komplete Retention eintritt. Oft klagen die Patienten nur über die in allen Fällen bestehenden Allgemeinerscheinungen, Schwäche, Abmagerung, Blässe, Schlaflosigkeit, Verdauungsstörungen. In allen länger dauernden Fällen kommt es zu schweren sklerotischen Veränderungen der Nieren. Da jede Infektion einer durch Urinstagnation ausgedehnten Blase einen verhängnisvollen, rapiden Verlauf nimmt, so mufs die gröfste Sorgfalt auf strenge Antiseptik, bezw. Aseptik, sowie auf die Vermeidung von Blasenblutungen verwendet werden. Die Einführung eines weichen Katheters gelingt gewöhnlich sehr leicht. Die Blase mufs langsam und allmählich entleert werden, da eine ausgedehnte Blase bei rascher Entleerung leicht

blutet. Man läfst daher nur so lange Urin ausfliefsen, bis der Kranke Schmerzen in der Blasengegend empfindet; hören die Schmerzen nach Entfernung des Katheters nicht sogleich auf, so macht man eine Morphiuminjektion. Nach Verlauf von drei bis vier Stunden wird wieder katheterisiert und dabei eine etwas gröfsere Urinmenge entleert als das vorhergehende Mal. Nur wenn beim Ausfliefsen des Urins überhaupt keine Schmerzen entstehen, darf die Blase ganz entleert werden; in solchen Fällen wird wieder katheterisiert, sobald der Kranke das Bedürfnis zum Urinieren empfindet, ohne spontan eine genügende Urinmenge entleeren zu können. — Es ist zu empfehlen, von der zweiten oder dritten Katheterisierung an einen Teil des entleerten Urins durch Borsäurelösung, die in die Blase eingeführt wird, zu ersetzen. Manchmal folgt auf die ersten Urinentleerungen eine sehr starke Polyurie, welche die Einführung eines Verweilkatheters notwendig macht. *Götz-München.*

Zur Methode der Harnblasenplastik, von Max Rutkowski. (*Centralbl. f. Chir.* 1899. No. 16.) Ein zur Blasenplastik geeigneter Lappen mufs Schleimhaut und Muskelschicht enthalten, Strukturverhältnisse aufweisen, die eine Heilung per primam erhoffen lassen; das Material mufs in genügender Gröfse vorhanden sein. Diesen Anforderungen genügt völlig ein am Mesenterium gestielter Darmwandlappen. Die Technik der entsprechenden Operation ist eine nicht zu schwierige, die Gefahr eine nicht zu grofse. Die Operation hat Verfasser einmal ausgeführt. Er isolierte ein Stück einer Ileumschlinge, vereinigte die beiden reservierten Enden; die ausgeschaltete Schlinge nähte er in den Defekt der abgelösten ektopischen Blase ein. Die Heilung erfolgte ganz glatt. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Zur Blasendrainage, von O. Zuckerkandl. (*Centralbl. f. Chir.* 1899. No. 16.) Gegenüber der Empfehlung eines obturierenden Kautschukballons für die Blasendrainage durch Kaczkowski weist Verfasser auf die Dittelsche Heberdrainage mittelst Knierohrs hin. Nach Einlegung des Heberrohrs bis zum abhängigsten Teile des Fundus wird die Blasenwunde neben demselben exakt geschlossen, darüber die Musculi recti exakt vereinigt, wobei die Blase in die Nähte mit einbezogen wird. Schliefslich wird auch die Haut genäht, so dafs nur ein enger Kanal zurückbleibt. — Übrigens bestreitet Verfasser die Wahrheit der von Kaczkowski aufgestellten Behauptung, dafs Harninfiltration nach Sectio alta ein häufiges Ereignis ist.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über einen Fall von Invagination der Harnblase in den rechten Ureter, von Carrel. (*Lyon med.* 1899. No. 18.) Ein 34jähriger Mann wurde ins Spital aufgenommen wegen einer Phlegmone der rechten Regio lumbaris und iliaca int. mit schweren Allgemeinerscheinungen. Der Patient war vor 48 Stunden mit Erbrechen, Schmerzen in der rechten Seite und Hämaturie erkrankt. Eine Incision förderte eine grofse Menge fötiden, mit Gasen untermischten Eiters zu Tage. Am folgenden Tage starb der Mann und die Autopsie ergab doppelte Hydronephrose; der linke Ureter ist wenig dilatiert und mündet in normaler Weise in die Blase; der rechte dagegen ist höckerig und bis auf Dünndarmweite dilatiert, weist verdickte Wandungen auf und an der Einmündungsstelle in die Blase einen rundlichen, weichen, 6—7 cm langen, wie eine Darmschlinge aussehenden Tumor. Es handelte sich um eine Einstülpung der Blasenwand in den Ureter. Es bestand chronische Cystitis, mit Verdickung der Blasenwand; entzündliche Veränderungen in Nebenhoden und Prostata.

C. Müller-Genf.

Über Cystostomia suprapubica. (*Lyon med.* 1899. No. 22.) Poncet spricht über die Indikationen zur Cystostomia supra pubica. Diese Operation ist angezeigt,

wenn der Katheterismus unmöglich ist, wenn er Fieber, Blutungen oder grofse Schmerzen hervorruft. Ferner bei Individuen mit chronischer Urininfektion (Blasen- und Nierenleiden) und konsekutiver Appetitlosigkeit. Für den Patienten ist der Katheterismus eine grofse Gefahr. PONCET spricht sich dann im Verein mit HORAND und DELORE gegen die häufige Anwendung der Punctio vesicae und der Verweilkatheter aus. *I. Bloch-Berlin.*

Über ein neues Suspensorium, von SARASON. (Therapeutische Beilage No. 7 der *Dtsch. med. Wochenschr.* 1899.) Um dem immer noch fühlbaren Mangel eines gut konstruierten Suspensoriums abzuhelfen, hat Verfasser eine neue Art angegeben, bei welchem der Leibgurt um die Taille läuft; aufserdem sind die Schenkelriemen nicht am Leibgurt angeknüpft, sondern werden über Rollen geführt und dann am Beutel angeknüpft und dienen so zu guter Elevation; endlich ist eine Penisklappe angebracht, die von oben nach unten klappt; ob dies aber eine Verbesserung der üblichen seitlichen Klappe ist, erscheint fraglich. *F. Hahn-Bremen.*

Über den therapeutischen Wert des Guajakols bei der Epididymitis, von CLIFFORD-PERRY. (*Med. Record.* Jan. 1899.) Verfasser hat sehr günstige Resultate mit diesem Medikamente erzielt, welches in hohem Mafse analgetisch und antipyretisch wird; die Schmerzen lassen gewöhnlich sofort nach, kehren aber meist nach einigen Stunden wieder, worauf eine weitere Applikation des Medikamentes erfolgt. Es wird hierbei ca. 1 ccm unverdünntes Guajakol längs dem Samenstrange eingerieben; auf das Scrotum oberhalb des entzündeten Nebenhodens werden 2 ccm einer Lösung von Guajakol in Glycerin (1 : 2) eingepinselt; diese Prozedur wird je nach Bedarf 1—3 mal täglich wiederholt. Nach dieser Methode wurden 20 Patienten behandelt, von denen keiner mehr als sieben Tage zu seiner Heilung bedurfte. Alle konnten mit Hülfe eines Suspensoriums herumgehen. *C. Müller-Genf.*

Therapie der Schlafpollutionen, Spermatorrhoe und einiger Prostataaffektionen mittelst Faradisierung der Prostata, von MORITZ POPPER. (*Wien. med. Blätter.* 1899. No. 1.) In der Faradisierung der Prostata sieht Verfasser ein mächtiges Heilmittel. Er bedient sich dazu einer Darmelektrode und einer auf den Bauch aufgesetzten Plattenelektrode oder einer Urethralelektrode (Instrumente von Weszely István es Târsa in Budapest). Der Kranke steht bei der Prozedur mit gespreizten Beinen nach vorne gelegt oder, wenn die Urethralelektrode angewendet wird, liegt er auf dem Operationstisch. Aus seinen Beobachtungen zieht Verfasser folgende Schlüsse:

1. Es ist ihm gelungen, die Prostata mittelst faradischen Stromes aktiv in Funktion zu setzen, welches Vorgehen vorteilhafter ist als die mechanisch wirkende Massage.

2. In akuten, nicht schmerzhaften Fällen von Prostatitis ist es durch aktive Infunktionssetzung der Prostata möglich, den in den Drüsen und Ausführungsgängen angehäuften gonokokkenhaltigen Eiter zu entleeren.

3. Bei der chronischen Prostatitis, welche meistens den einzigen Grund recidivierender Blennorrhoen darstellt, kann durch das Verfahren eine Verkleinerung der Drüse erzielt werden. Es scheint auch, als ob die Schläge des faradischen Stromes schädigend auf die Virulenz der Gonokokken einwirken. Die Prostatitis kommt zur Heilung, die Recidive der Blennorrhoe bleiben aus.

4. Bei Prostatahypertrophie ist es gelungen, eine vollkommene Verkleinerung der Drüse mit Schwund aller Symptome zu erzielen.

5. Die Ursache der pathologischen Schlafpollutionen, und zwar die wichtigste, wird durch die Schwäche der Schliefsmuskel der Ductus ejaculatorii dargestellt.

6. Die Prostatorrhoe und Spermatorrhoe werden meistens durch die Atonie der Schliefsmuskeln, der Ductus ejaculatorii und der Ausführungsgänge der Prostatadrüse bedingt. Mag nun diese Atonie durch allgemeine Atonie oder durch Blennorrhoe zu stande gekommen sein, sie betrifft stets die Schliefsmuskulatur in erster Linie.

7. Sowohl die Schwäche der Schliefsmuskeln, welche den pathologischen Schlafpollutionen zu Grunde liegt, als auch die Atonie, welche die Spermatorrhoe und Prostatorrhoe bedingen, heilen auf energische Infunktionssetzung der Prostata.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Behandlung der Hydrocele durch Eversion der Tunica vaginalis, von E. Juvara. (*Wien. klin. Rundsch.* 1899. No. 4.) Die Operationsmethode der Hydrocele nach Doyen bezweckt die Verödung der Höhle zwischen den Blättern der Tunica vaginalis, wobei das parietale Blatt der letzteren hinten längs des Samenstranges geschlagen wird. Es wird das Skrotum oben vorne in Ausdehnung von 2½—3 cm incidiert, die Schnittränder werden in Ausdehnung von 1—2 cm stumpf abgelöst. Darauf Punktion der Tunica vaginalis, Eröffnung 2—3 cm lang, Eversion derselben durch Hervordrücken des Hodens; Loslösung des Samenstranges und der ihn umgebenden Tunica und Reposition des Hodens; fortlaufende Naht der Schnittränder. Am zweiten oder dritten Tage kann Patient das Bett verlassen; Heilung in zwei bis acht Tagen. Bei sehr grofser Hydrocele wird ein Teil der Tunica reseziert. Starke Verdickung der letzteren ist eine Kontraindikation. Die Operation dauert wenige Minuten und ist von gutem Erfolge. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Die Varicocele als Teilerscheinung bei Nierentumoren, von Hauser. (*Il Morgagni.* Juni 1899.) Bereits Guyon hat auf die diagnostische Wichtigkeit der Varicocele bei Nierencarcinom hingewiesen. Morphologisch unterscheidet sich diese symptomatische Varicocele von der idiopathischen nicht. Sie kommt aber stets auf der gleichen Seite zur Ausbildung, wo die erkrankte Niere liegt, ferner zeigt sie sich in einem vorgerückteren Alter, als die idiopathische aufzutreten pflegt. Wahrscheinlich ist sie auf eine Kompression der Venae spermaticae durch infiltrierte Lymphdrüsen der Leistengegend zurückzuführen und bedeutet somit, dafs der Nierentumor in eine Periode eingetreten ist, wo an eine Operation nicht mehr zu denken ist.

C. Müller-Genf.

Eine neue Operationsmethode der Varicocele, von Parona. (*Policlinico.* Jan. 1899.) Dieselbe besteht darin, dafs der Leistenring freigelegt wird, der Hoden herausgenommen, die Vaginalis incidiert, der Hoden durch diese Öffnung hervorgezogen und die Vaginalis über ihn hinweg nach dem Leistenring hinaufgeschoben, und zwar unter Mitnahme der dilatierten Venen; sodann werden die Ränder der incidierten Vaginalis rings um den Leistenring angenäht, wodurch die ektasierten Venen wie in einem Suspensorium aufgenommen sind. Der Erfolg war in den neun operierten Fällen ein vorzüglicher. (*Il Morgagni.* 25. März 1899.)

C. Müller-Genf.

Die teratoiden Tumoren des Hodens, von Garbarini. (*Il Morgagni.* 1899. No. 3.) Verfasser hält die Neubildungen dieser Art auf Grund einläfslicher histologischer Untersuchungen für gutartiger Natur. Die in dieser Beziehung abweichenden Ansichten der Autoren führt er auf den Umstand zurück, dafs bei der Untersuchung der Präparate nicht mit der Sorgfalt vorgegangen wurde, welche dieselben in Anbetracht ihrer Gröfse und komplizierten Struktur erfordern. Allerdings kann es bei derartigen Neubildungen zu sekundärer maligner Entartung kommen.

C. Müller-Genf.

Tumor des Samenstranges, von MARNOCH. (*Scottish Med. and Surg. Journ.* Juli 1899.) Der 63jährige kräftige Mann erlitt eine Verletzung durch einen Stier in der Weiche; es trat eine Schwellung auf, die bald zurückging; einige Monate später fühlte er eine haselnufsgrofse harte Schwellung oberhalb des äufseren Leistenrings; später wuchs sie und begann schmerzhaft zu werden, so dafs er ihre Entfernung wünschte; bei der Operation fand man einen etwa 2½ Zoll grofsen Tumor, der durch einen schmalen Stiel mit dem Samenstrang verbunden war. Die Entfernung gelang leicht. Mikroskopisch erwies er sich als Fibrolipom mit myxomatös degenerierten Stellen. *F. Hahn-Bremen.*

Über Hodensarkom. Auf Grund von 114 Fällen, von G. M. KOBER. (*Americ. Journ. of med. sciences.* Mai 1899.) In 43% der 114 Fälle entwickelte sich das Sarkom des Hodens nach einem Trauma oder bei Kryptorchismus. 71% betreffen das Alter zwischen 20 und 50 Jahren (9,3% vor dem 10. Lebensjahre, 5,6% zwischen 16 und 20 Jahren und 14% nach dem 50. Jahre). — In histologischer Hinsicht spielt das Rundzellen- oder Medullarsarkom die Hauptrolle (42,6%). Der Verlauf war in der Mehrzahl der Fälle ein rapider. — Verfasser stellt dann die bekannten Facta über Symptomatologie und Diagnose der Hodensarkome zusammen. Von den 114 Patienten starben 41 innerhalb eines Zeitraums von wenigen Tagen bis zu 3 Jahren nach der Operation, 35 waren noch 6 bis 15 Jahre nach der Operation am Leben. Das Schicksal der übrigen 37 Patienten blieb im Dunklen. *I. Bloch-Berlin.*

Behandlung der Hodentuberkulose, von TUFFIER. (*Presse méd.* 6. Mai 1899.) Verfasser vertritt den Standpunkt, den auch ROUTIER in der Nummer vom 22. April 1899 der *Presse méd.* festgelegt hat, dafs Infektionen aufsteigender Art von der Tuberkulose des Hodens aus nicht so sehr häufig vorkommen, wie man früher geglaubt hat, und dafs andererseits die chirurgische Beseitigung eines tuberkulösen Hodens absolut nicht vor Recidiven im Organ der anderen Seite schützt. Verfasser wendet die Kastration nur bei der stark hypertrophierenden Hodentuberkulose an, wo man den Eindruck eines Neoplasma empfängt und umfangreiche, käsig zerfallende Knoten vorhanden sind. Sonst wird der einfach erkrankte Hoden vor Traumen geschützt durch Anlegung eines Suspensoriums und Allgemeinbehandlung inauguriert. Wächst ein Knoten langsam, so nimmt Verfasser partielle Ablation vor, bei Fisteln Auskratzung oder Thermokaustik. Als Palliativmittel, nicht aber unter dem Gesichtspunkt, eine Allgemeininfektion zu verhindern, ist ferner die Kastration dann angezeigt, wenn der lokale Prozefs eine direkte Schwächung des Allgemeinbefindens hervorruft.
E. Hopf-Dresden.

Hodentuberkulose, von ROUTIER. (*Presse méd.* 22. April 1899.) Verfasser ist von seiner früheren Therapie, tuberkulös erkrankte Hoden baldmöglichst auf operativem Wege zu beseitigen, ganz abgekommen. Er operierte natürlich bei der Bedeutung des Hodens in moralischer Beziehung nur bei einseitiger Affektion und Freisein von Samenstrang, Lunge u. s. w. Bei zwei älteren Patienten (von 62 und 67 Jahren) machte sich nun nach einem halben Jahre auch die Entfernung des zweiten Hodens notwendig; dasselbe Mifsgeschick, — ein Recidiv am anderen Hoden passierte innerhalb eines Vierteljahres einem jugendkräftigen Manne. Diese drei Fälle sind die Ursache, dafs Verfasser jetzt konservativer vorgeht. Die Hodentuberkulose teilt er in drei Klassen: 1. einfache Knotenbildung in Nebenhoden oder Samenstrang. 2. Abscefsbildung. 3. Fistelbildung und fungöse Wucherung. Für die erste Form genügt ein Suspensorium mit Watte, Leberthran, Jodoformstuhlzäpfchen und allgemeine, konstitutionelle Therapie. Abscesse werden ergiebig geöffnet, mit dem

Thermokauter, die Wände ausgekratzt und mit Chlorzink geätzt. Die Fisteln werden ebenfalls ausgebrannt. Fungöse Partien kratzt man ab und kauterisiert die Oberfläche, im schlimmsten Fall darf man hier den ganzen Hoden opfern.

E. Hopf-Dresden.

In der Société de Chirurgie (Sitzung vom 31. Mai 1899) besprach Delbet die **Behandlung der Tuberkulose des Hodens.** Die Tuberkulose lokalisiert sich gewöhnlich im Nebenhoden; der Hoden selbst ist nur selten erkrankt. Es ist daher zumeist nicht rationell, die Kastration auszuführen. Delbet reseciert den Nebenhoden von der äufseren Seite ausgehend, soweit er erkrankt ist, unter sorgfältiger Schonung der Gefäfse des Samenstranges. Die Kranken sind nach der Operation gewöhnlich steril, aber kohabitationsfähig. Veränderungen der Prostata und der Samenbläschen bilden sich nach der Operation oft spontan zurück. — In der Diskussion befürwortet Poirier die Abtragung des ganzen Nebenhodens, weil nach Entfernung scheinbar begrenzter Herde oft sehr bald Recidive auftreten. Lieur: Bei den meisten Kranken mit tuberkulöser Orchitis finden sich auch in anderen Organen tuberkulöse Veränderungen; daher wird auch durch die Kastration keine wirkliche Heilung, bezw. Gesundheit erzielt. Aus diesem Grunde ist die Entfernung der erkrankten Partien der Radikaloperation vorzuziehen; diese ist nur dann indiziert, wenn durch die Tuberkulose des Hodens das Allgemeinbefinden geschädigt und die Kräfte geschwächt werden. (Nach *Journ. des Praticiens.* 1899. No. 28.) *Götz-München.*

Behandlungen der Ektopie der Hoden, von Broca. (*Journ. des Praticiens.* 1899. No. 12.) Ektopie eines Hodens macht nach Ansicht des Verfassers nie die Kastration nötig; jeder ektopierte Hoden kann durch operative Behandlung erhalten werden. Auch wenn der verlagerte Hoden bereits atrophisch zu sein scheint, so wird dadurch die Operation nicht kontraindiziert; denn ein solcher Hoden erholt sich in der Folge oft sehr gut. Die hauptsächlichsten Indikationen für die Ausführung der Operation sind häufige Schmerzen und gleichzeitiges Bestehen einer Hernie. Bezüglich der Operation selbst ist zu erwähnen, dafs der Verfasser den reponierten Hoden nie mit dem Skrotum oder mit dem anderen Hoden vernäht: solche Nähte haben, wenn sich der betreffende Samenstrang später kontrahiert, die ungewünschte Wirkung, dafs das Skrotum eingestülpt oder der andere Hoden mit in die Höhe gezogen wird. *Götz-München.*

Bemerkungen über die Verbindungen der Lymphgefäfse der Prostata mit denen der Blase, von Hermann Stahr. (*Anat. Anz.* XVI. Bd. No. 1.) Zweck dieser Mitteilung ist, auf eine soeben erschienene Arbeit von G. Walker, „Über die Lymphgefäfse der Prostata beim Kinde", hinzuweisen, die dieses bisher allein von Sappey bearbeitete Gebiet in gediegener Weise behandelt.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Primäre bösartige Erkrankung der Prostata, eine klinische Studie über die ersten 50 Fälle, die Verfasser beobachtet und behandelt hat, von Hurry Fenwick. (*Edinburgh med. Journ.* Juli 1899.) Verfasser teilt die bösartigen Tumoren der Prostata in harte und weiche; letztere sind selten und wachsen enorm rasch; die harten werden zuerst meist verkannt und als Prostatahypertrophie angesehen, die Drüse fühlt sich infolge der vermehrten Spannung hart an, die Kranken haben prostatische Beschwerden bis zu kompleter Harnverhaltung; wenn der Tumor wächst, durchbricht er die Kapsel und nun schwinden plötzlich oft alle subjektiven Beschwerden, um sich bei weiterem Wachstum mit vermehrter Stärke und unter zunehmender Emaciation des Kranken wieder einzustellen. Therapeutisch empfiehlt Ver-

fasser weiche Katheter, spart Morphium bis zuletzt und warnt, was Operation anbelangt, vor Eingriffen vom Damm aus; bei starkem Harndrang soll Sectio alta mit nachfolgender Drainage gemacht werden. *F. Hahn-Bremen.*

Über einige Varietäten der Struktur bei Prostatahypertrophie und deren Behandlung, von R. HARRISON. (*Lancet.* 5. Aug. 1899.) Zur operativen Behandlung der Prostatahypertrophie kommen zur Zeit folgende Methoden in Betracht: 1. die Prostatotomie, d. h. das Eingehen auf die Drüse vom Perineum aus wie bei der Urethrotomia externa; 2. Paracentese, die Punktion der atonischen, gefüllten Blase durch die Drüse hindurch mit nachfolgender Drainage; 3. die Prostatektomie nach MCGILL; 4. die Kastration; 5. die Vasektomie. Sämtliche Methoden haben neben guten Resultaten auch Mifserfolge ergeben. Letzteren Umstand führt H. zumeist auf eine mangelhafte Diagnose zurück. Zum Beweise exemplifiziert er auf drei der gewöhnlicheren Abnormitäten des Organs, nämlich einfache Anschwellung auf hyperämischer Basis, zweitens fibröse gestielte Auswüchse und drittens centrale Geschwulstbildung, z. B. Adenome. An drei schematischen Abbildungen demonstriert er die Notwendigkeit einer gröfseren Genauigkeit in der Diagnose, die aber allerdings oft nicht ganz leicht ist. Im allgemeinen ist die Vasektomie noch das am wenigsten eingreifende Verfahren und giebt oft vollständig genügende Erleichterung.

Philippi-Itzehoe.

Die Behandlung der chronischen Prostatahypertrophie, von JAMES H. NICOLL-Glasgow. (*Brit. med. Journ.* 29. Okt. 1898.) Es unterliegt keinem Zweifel, dafs in einem beträchtlichen Teile der Fälle chronischer Prostatahypertrophie operative Eingriffe notwendig sind. Dieselben sind entweder palliative (temporäre oder permanente Drainage) oder radikale (Prostatektomie und Kastration). Verfasser beschreibt den Gang der Operationen und führt zur Illustration einzelner chirurgischer Mafsnahmen eine Reihe von Krankengeschichten an. *C. Berliner-Aachen.*

Die BOTTINIsche Operation bei der Behandlung der Prostatahypertrophie, von STOCKMANN. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1899. No. 22 u. 23). Verfasser hat die BOTTINIsche Operation öfters ausgeführt und lobt ihre leichte Ausführbarkeit, den Wegfall der Narkose und der Bettruhe, die Möglichkeit der Wiederholung, falls kein Erfolg eintritt, das Fehlen der Verstümmelung. Um den Vorwurf des Arbeitens im Dunkeln zu vermeiden, mufs man sich vorher durch Cystoskopie Klarheit über die vorliegenden Schwellungsverhältnisse verschaffen. Haupterfordernis für gutes Gelingen der Operation und Vermeidung von Blutung ist genügende Stromstärke, um das Messer in Glut zu erhalten. Durch Auskultation über der Symphyse (Intensität des dort hörbaren zischenden Geräusches) überzeugt man sich, dafs das Messer die nötige Glühkraft hat; auch ein Ampèremeter ist nützlich, um die Stromstärke zu kontrollieren. Verfasser operiert bei leerer Blase unter Kokain oder Eukainanästhesie und spült nachher mit Höllensteinlösung; die mitgeteilten Krankengeschichten geben ein gutes Bild von der trefflichen Wirkung der Operation; einmal ist allerdings der Erfolg durchaus ausgeblieben. Die Schattenseiten der Operation sind die Möglichkeit einer schweren Nachblutung und Harnfieber. Kontraindikationen geben Pyelitis, eitrige Cystitis, Konkremente ab. Verfasser giebt eine Statistik der bisher veröffentlichten Fälle, aus der auch die gute Wirkung der Operation hervorgeht.

F. Hahn-Bremen.

Ein modifizierter „Cauterisator prostatae" zur BOTTINIschen Operation, von A. FREUDENBERG. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1899. No. 13.) Verfasser hat nach dem Muster des von ihm modifizierten „Incisor" jetzt ganz nach dessen Muster einen

„Kauterisator" konstruiert mit handfestem, durch die Wasserkühlung mit gekühltem Griff. Das Instrument kann ohne weiteres in toto durch einfaches Kochen sterilisiert werden. — Die von Bottini angegebenen Indikationen des „Kauterisator" vermehrt Verfasser um zwei: hartnäckige chronische Prostatitis und allererste Stadien der Prostatahypertrophie. *I. Bloch-Berlin.*

Einseitige Kastration wegen Prostatahypertrophie bei einem 87jährigen Manne; Atrophie der Prostata, von H. W. Webber und H. A. Daffet. (*Lancet.* 12. Aug. 1899.) Bei dem 87jährigen, unverheirateten, im allgemeinen noch rüstigen Manne wurde, als nach 14tägiger Behandlung wegen Urinverhaltung ein Katheter nicht mehr eingeführt werden konnte und Aspiration nötig geworden war, die Entfernung des einen Hodens unter Lokalanästhesie (Kokain, Aethylchlorid) vorgenommen. Der Erfolg war sehr günstig, der Drüsenlappen der operierten Seite wurde bald nachher vollständig atrophiert gefunden und Patient war sogar im stande, gelegentlich spontan zu urinieren. *Philippi-Itzehoe.*

Über die Wahl der Instrumente beim Katheterismus der Prostatiker, von Guyon. (*Journ. des Praticiens.* 1899. No. 14.) Der berühmte Urologe beschreibt die verschiedenen bei Prostatikern anwendbaren und empfehlenswerten Arten von Kathetern, giebt praktische Anweisungen bezüglich der Wahl eines Katheters im einzelnen Falle, sowie bezüglich der Einführung des Instruments, und weist zum Schlusse darauf hin, dafs mit der Urinentleerung die Wirksamkeit der Katheterisierung durchaus nicht erschöpft ist, dafs vielmehr die Einführung des Katheters bei Prostatikern noch anderen wichtigen therapeutischen Zwecken dient. Durch einen genügend weiten Katheter können Blutgerinnsel aus der Blase entfernt und dadurch Blasenblutungen zum Stehen gebracht werden. Durch Einführung eines Verweilkatheters werden Blutungen aus der Urethra und Prostata gestillt; Infektionen der Blase werden durch den Verweilkatheter in kurzer Zeit aufs günstigste beeinflufst, durch drei- bis viertägiges Liegen eines Verweilkatheters endlich werden bedeutende, seit langer Zeit bestehende Schwierigkeiten bei der Katheterisierung radikal beseitigt. *Götz-München.*

Hydronephrose mit Verlagerung in die Fossa iliaca und Knickung des Ureters. Schwere Störungen der Urinsekretion. Nephrektomie. Heilung, von Schwartz. (*Journ. des Praticiens.* 1899. No. 2.) Bei einer 20jährigen abgemagerten, schwachen Patientin, die nie Schmerzen beim Urinieren gehabt, aber seit einiger Zeit über heftige Schmerzen in der rechten Seite klagte, wurde in der rechten Fossa iliaca ein prall elastischer, nicht beweglicher und nicht reponierbarer kugeliger Tumor von der Gröfse eines kleinen Fötuskopfes konstatiert. Der Urin enthielt weder Eiweifs noch Eiter, Hämaturie war nie beobachtet worden, dagegen bestand fortwährend hochgradige Oligurie. Die Diagnose lautete auf nicht intermittierende Hydronephrose mit Verlagerung. Es wurde laparatomiert und zunächst die linke Niere untersucht; dieselbe erwies sich als gesund; hierauf wurde der Tumor, der in der That die rechte quergestellte Niere war, entfernt. Nach der Operation besserte sich das Allgemeinbefinden sehr rasch, die Urinmenge erreichte in wenigen Tagen das normale Mafs. Es handelte sich vielleicht um eine angeborene Verlagerung der Niere mit sekundärer Hydronephrose. Die rasche Zunahme der Urinmenge ist ein Beweis für den Zusammenhang zwischen beiden Nieren und für den günstigen Einfluss, den die Entfernung einer kranken Niere auf die Funktion der anderen Niere ausübt, vorausgesetzt, dafs diese vollkommen gesund ist. *Götz-München.*

Über Urinretention, von Ramon Guiteras. (*New York med. journ.* 20. und 27. Mai 1899.) Dieser Ausdruck bedeutet eine Unfähigkeit der Blase, sich zu entleeren entweder aus Mangel an Kraft oder wegen Obstruktion (Striktur oder Prostatahypertrophie). Man unterscheidet komplete oder inkomplete, je nach dem Grade der Retention, akute oder chronische je nach der Dauer und Art des Anfalls, und traumatische, paralytische oder obstruktive je nach der Natur der Ursache. Gelegentliche akute Anfälle von Retention können vorkommen infolge von Operationen, Alkoholismus, hochgradigem temporären Stupor oder freiwilliger Urinentleerung, alle anderen Ursachen beruhen auf chronischen Bedingungen und sind begleitet von Kraftverlust in der Blasenwand. Dieser Kraftverlust wird verschieden bezeichnet als Paralyse, Parese und Atonie; Parese bedeutet partielle Lähmung der Blasenmuskulatur und Atonie ist ein Zustand, wo durch Mangel an Expulsivkraft die Blasenwand nicht allen Urin auspressen kann. Die Ursachen der Atonie sind übermäfsige Auspressung der Blase durch vernachlässigte Urinentleerung, unwillkürliche Retention in Fällen von Fieber und Coma und Verstopfung der Harnröhre. In der Mehrzahl der Fälle ist die Retention entweder eine Folge von organischen Nervenerkrankungen oder von Obstruktion der Urethra; von ersteren kommen in Betracht Paraplegie, Hemiplegie, Porrsche Krankheit, verschiedene Formen von Spinalsklerose. Die obstruierenden Ursachen liegen hauptsächlich in der Prostata oder Urethra, obwohl auch gelegentlich gestielte Tumoren oder Blasensteine in den Blasenhals hineinragen und ähnlich wirken können. Von seiten der Prostata sind die Ursachen akute Prostatitis, Hypertrophie, Tumoren, Cysten, Konkremente oder Tuberkulose der Drüse, von seiten der Harnröhre Striktur oder auch Atresie. Die Symptome der Retention wechseln in hohem Grade, bei akuten Anfällen sind die Hauptbeschwerden ständig zunehmende Schmerzen in der Blasengegend, ein Gefühl von Völle und Druck, Unfähigkeit zu urinieren. Bei kompleter, chronischer Retention kann es vorkommen (Paralyse), dafs der Patient oft monatelang keinen Tropfen Urin läfst. In all den Fällen, wo die Blase sich nicht entleeren kann, entwickelt sich Cystitis mit Residualharn, die Blasenwand wird ausgedehnt und atonisch, die Ausdehnung kann so weit gehen, bis der Sphinkter erschlafft und Harnträufeln eintritt. Zur sicheren Diagnose einer Retention müssen wir andere Zustände ausgeschlossen wissen, wie Harnunterdrückung, Ruptur der Blase und Austritt von Urin (Harninfiltration); merkwürdig oft wird erstgenannter Zustand, wo die Funktion der Niere aufgehört hat, mit Retention verwechselt. Die Behandlung der Harnverhaltung hängt von Ursache, Form und Grad derselben ab und kann in temporäre Palliativ- und in Radikalmethoden eingeteilt werden. Bei akuten Anfällen von kompleter Retention ist es nur notwendig, mit einem weichen Katheter etwa zwei Drittel des Urins aus der Blase zu entfernen. Wenn dann noch heifse Umschläge über der Blasengegend gemacht werden, so kann der Patient meist nach einer Stunde Urin von selbst entleeren; wenn er dann dazu noch nicht im stande ist, so sollte nach je fünf Stunden wieder katheterisiert werden. Akute Anfälle von Retention, in Fällen von chronischer inkompleter Retention infolge von Striktur oder Prostatahypertrophie vorkommend, sind die weitaus häufigsten und gewöhnlich verursacht durch Erkältung oder Excesse im Essen oder Trinken. Heifse Sitzbäder und Rektalirrigation heifsen Wassers sollten zuerst, dann Katheterismus versucht werden; gelingt auch dieser nicht, Bettruhe, heifse Umschläge auf Scham- und Aftergegend und Morphium subcutan. (? Ref.) Nach je zwei Stunden sollte immer wieder der Versuch gemacht werden, zu katheterisieren. Wenn es nicht gelingt, einen elastischen Gummikatheter einzuführen, so sollte als letztes Mittel noch der fadenförmige eingeführt werden und, wenn es mit diesem gelingt, derselbe einige Zeit liegen bleiben. In äufsersten Fällen bleibt nichts übrig wie Paracentese oder Radikaloperation. Die

anderen Erscheinungen, welche Retention bedingen, sollten je nach den Ursachen behandelt, ein Tumor entfernt, ein Stein zertrümmert, verlagerte, frakturierte Beckenknochen mit allen möglichen Mitteln wieder repariert werden. G. läfst sich des Längeren über die (3) von ihm gebrauchten Arten von Kathetern aus (Weich-, Hartgummi, Metallkatheter), ebenso war für ihn lange Zeit hindurch Gegenstand eifrigen Studiums die Desinfektion derselben. Diese Frage scheint ihm nun aufs Beste durch Einführung des Formaldehyds gelöst. Nachdem die Katheter mit Seife und Wasser gewaschen, mit warmem Wasser nochmals gereinigt und mit sterilisiertem Handtuch getrocknet sind, werden sie in den Formalinsterilisator gebracht, wovon G. allein jenen von Schering empfiehlt. Bei diesem kommen Pastillen von paraformpolymerisiertem Formaldehyd in Anwendung. Einzelheiten siehe im Original.

Stern-München.

Über Steine im Ureter und deren Entfernung durch den hohen Blasenschnitt, von S. Bishop. (*Lancet.* 25. März 1899 u. *Edinburgh med. Journ.* Juli 1899.) Über folgende drei Fälle berichtete B. in der Pathological Society of Manchester: I. Ein 13jähriger Knabe zeigte Symptome, welche auf einen festsitzenden Blasenstein schliefsen liefsen. Bei der Operation fand sich ein gestielter Stein, dessen Fortsatz im unteren Ende des Harnleiters eingekeilt war. Nach Entfernung desselben jetzt sechs Jahre lang Wohlbefinden. — II. Bei einer Frau, welche seit 13 Jahren an Attacken von Nierenkolik litt, wurde durch bimanuelle rektale Untersuchung das Konkrement nachgewiesen. Die Operation war erfolgreich, doch starb Patientin an Anurie. — III. Der 7jährige Knabe hatte angeblich seit dem Säuglingsalter Blasensymptome dargeboten: Nachdem ein 56 g schwerer Stein entfernt worden war, ohne dafs die Symptome nachliefsen, wurde bei einer nochmaligen Untersuchung vom Rectum aus ein im unteren Ende des Ureters festsitzender Stein entdeckt. Als derselbe entfernt wurde, entleerte sich sogleich Eiter von der betreffenden Niere her. Langsame Genesung.

Philippi-Itzehre.

Zur Diagnose der Urämie und über Albuminurie bei Diabetes mellitus, von Herzog. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1899. No. 31 u. 32.) Es ist oft schwer, ohne Kenntnis der Anamnese die Diagnose zu stellen, ob Urämie, ob apoplektischer Insult. Verfasser bringt zwei instruktive Krankengeschichten; er stellt fest, dafs bei Urämie Lähmungen vorkommen, und spricht dann über Aphasie und Amaurose bei Urämie; sodann bringt er Fälle von Albuminurie bei Diabetes mellitus; die Albuminurie ist nicht immer das Zeichen einer schweren Nierenentzündung, doch schweben derartige Kranke stets in schwerer Gefahr der urämischen Intoxikation.

F. Hahn-Bremen.

Beitrag zur Bakteriurie, von A. Seelig. (*Allg. med. Centralztg.* 1899. No. 43 und 44.) Verfasser hat eine Anzahl von darmgesunden und darmkranken Kindern auf Bakteriurie untersucht. Bei zwölf darmgesunden Kindern war der Harn steril. In sieben Fällen akuter Enteritis, vier Fällen chronischer Enteritis sowie bei vier an chronischer Obstipation leidenden Kindern war ebenfalls der Urin steril. Dasselbe negative Resultat ergaben zwei Fälle chronischer langdauernder Obstipation und ein Fall von tiefsitzendem Mastdarmcarcinom bei Männern. — Verfasser schliefst daraus nur, dafs eine einfache Störung der Darmfunktion nicht jedesmal zum Austritt von Bakterien aus dem Darm zu führen braucht, während die Trumppschen Untersuchungen diesen Austritt als ein relativ häufiges Vorkommnis erscheinen liefsen. Für die Bakteriurie ist wohl im allgemeinen der direkte Austritt vom Darm in die Blase der häufigste Weg, wenigstens bei Männern. Infektionen des Harns von der Urethra, den Nieren und den weiblichen Genitalien aus sind seltener. Gegen eine Verbreitung

der Bakterien auf dem Wege der Blutbahn spricht der Umstand, daſs die gewöhnliche Bakteriurie ohne Fieber- und Milzschwellung verläuft. Die direkte Überwanderung geschieht beim Manne hauptsächlich durch die Prostata und die Samenbläschen, wobei meist anamnestisch eine überstandene Blennorrhoe festzustellen ist. Hierher gehören auch die Fälle der Bakteriurie resp. Cystitis der Prostatiker, die, ohne daſs ein Instrument eingeführt ist, ganz plötzlich besonders unter komplizierender Obstipation entstehen und ausnahmslos auf Bacterium coli beruhen. — Verfasser berichtet dann über eine Bakteriurie bei Defäkationsspermatorrhoe, wo eine Erkrankung der Samenbläschen wahrscheinlich war. *I. Bloch-Berlin.*

J. Cohn berichtete in der Berliner medizinischen Gesellschaft (ref. *Dtsch. med. Wochenschr.* 1899, No. 23, Vereinsbeilage No. 21) über **familiäre Cystinurie.** Ein 7jähriges Kind erkrankte mit Blasenbeschwerden, der Urin war trübe, sehr übelriechend, die Untersuchung ergab einen Stein, der sich als Cystinstein erwies, nachdem er durch Sectio alta entfernt worden war. In derselben Familie fand sich bei sieben von zehn Mitgliedern Cystinurie; zwei Zwillingskinder schieden ständig Cystin aus, die Mutter und die vier anderen Kinder nur zeitweise. *F. Hahn-Bremen.*

Die Behandlung von Hämaturie mit Canthariden, von A. S. Goff. (*Brit. med. Journ.* 19. Nov. 1898.) Eine 52jährige Frau entleerte seit einiger Zeit blutigen Urin. Die Temperatur war normal, Puls schwach, 100 Schläge. Die Patientin hatte keine Schmerzen, zeigte auch objektiv keine Erscheinungen. Das Blut rührte, da es innig mit dem Urin vermischt war, aller Wahrscheinlichkeit nach von der Niere her. Bettruhe, Diät, eine Mixtur von Ergotin und Liquor strychnini führten innerhalb einer Woche keine Änderung des Zustandes herbei. Verfasser verordnete nunmehr nach der Empfehlung von Dr. Beven dreimal täglich 5 Tropfen Cantharidentinktur in Wasser zu nehmen. Schon nach 24 Stunden, nachdem die Patientin vier Dosen genommen hatte, verschwand die Hämaturie vollständig und kehrte auch nicht mehr wieder. *C. Berliner-Aachen.*

Hartnäckige Hämaturie während der Schwangerschaft, von William Byod Young in Bon Air, Tennes. (*Med. News.* 13. Mai 1899.) 20jährige, 157 Pfund schwere Frau, wurde im sechsten Monate der Schwangerschaft von Hämaturie befallen, welche Tage und Wochen anhielt, bis sie auf Ergotindarreichung nachlieſs und dann — mit gleichzeitigem Eintritt der Frühgeburt — aufhörte. Die genaue Untersuchung des Urins hatte weiterhin nur die Anwesenheit von Eiweiſs ergeben; es bestand gleichzeitig heftiger Kopfschmerz, geringe Schwellung an Füſsen, Händen und Gesicht, Obstipatio. An manchen Tagen war der Urin ähnlich wie venöses Blut. Die Fragen, welche Y. im Anschluſs an den Fall sich ergaben, sind: 1. ob das Ergotin die Frucht tötete, 2. hörte die Hämaturie infolge der Sekalemedikation oder des Todes des Kindes auf und 3. war es angezeigt, Sekale zu geben. Da alle übrigen Mittel nichts halfen und in der ganzen Litteratur nur zwei ähnliche Fälle — im ersten hatte die Frau vom vierten bis zum achten Monate kontinuierliche Hämaturie, starb aber nach eingetretener Frühgeburt, im zweiten hörte spontan das Harnbluten allmählich auf und es kam zum normalen Ende der Schwangerschaft — zu finden waren, so hält Y. sich für genügend entschuldigt. Als Erklärung der Hämaturie hat der Autor des zweiten Falles angegeben, daſs es sich wahrscheinlich um blutende Hämorrhoiden der Blase handelt, welche durch den Druck des graviden Uterus auf die Beckenvenen hervorgerufen sind. *Stern-München.*

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XXX. No. 3. 1. Februar 1900.

Die Rolle des Nervensystems bei den Hautkrankheiten.

Kritische Studie

von

Dr. Leredde,
Assistent am Hospital St. Louis.

I.

Vor ca. 20 Jahren spielte das Nervensystem in der allgemeinen Pathologie eine herrschende Rolle. Die bakteriologische Ära nahm ihren Anfang; gewisse Krankheiten, die wir heute als mikrobischen Ursprungs erkennen, wurden als Entzündungen nervösen Ursprungs betrachtet; andere, deren Läsionen und deren pathogenes Agens man nicht kannte, galten als einfache Nervenkrankheiten. Die Untersuchungen der Physiologen erlaubten bei jeder Gelegenheit in der Pathologie die Reflexvorgänge herbeizuziehen, und die Entdeckung der vasomotorischen Vorgänge gestattete, das sympatische System als Ursache zu behandeln.

Man nahm, ohne darin eine Schwierigkeit zu sehen, an, dafs die kompliziertesten und schwierigsten Läsionen, selbst gewisse Eiterungen, aus funktionellen Alterationen des Nervensystems resultieren können. Unter dem mächtigen Einfluſs von Charcot war das Gebiet der trophischen Störungen sonderbar ausgedehnt worden. Wenn rein dynamische Störungen hysterischen Ursprungs Läsionen, nicht nur Kongestionen und Hämorrhagien, sondern auch noch Eiterungen und Brandschorf veranlassen können, warum sollten, ebenfalls dynamische, wenn auch nicht hysterische Störungen nicht ähnliche veranlassen können? Mit dieser Frage war die Entzündung mit oder selbst ohne Läsionen des Nervensystems ohne Widerrede als nervösen Ursprungs angenommen.

Seit 1880 haben die mikrobiologischen Entdeckungen ihre Früchte getragen; wir wissen, dafs die Pneumonie nicht eine Nervenentzündung des pneumogastrischen Nervs bedeutet; der Keuchhusten und der Starrkrampf werden nicht mehr unter die Neurosen klassifiziert. Ohne Zweifel können sich Entzündungen nach schweren nervösen Störungen

entwickeln, z. B. die Bronchopneumonie, die Gangräne infolge von Hirnschlag, aber ihr innerer Mechanismus ist in seinen grofsen Linien bekannt. Die Nervenstörung hat die Blutcirkulation modifiziert, die Muskeln gelähmt, die bronchitischen Sekrete verändert; sie hat Lungenblutungen und infolgedessen Zellenrisse hervorgerufen; kurz, welches auch die Alterationen seien, die sie erzeugt hat, sie hat die Widerstandsfähigkeit des Lungengewebes vermindert. Aber die Läsionen — Pneumonie, Bronchopneumonie, Brand — sind nicht direkt dem nervösen Vorgange zuzuschreiben; sie entstehen durch das Eindringen von Mikrobien auf ein Gebiet, das nicht mehr verteidigt ist; sie sind im allgemeinen denjenigen identisch, welche sich entwickeln, wenn ohne alles Eingreifen nervöser Störungen die Widerstandsfähigkeit des Lungengewebes durch Ursachen, die früher unbekannt waren, geändert wird, nämlich durch Flufs, Änderungen der Säfte, leukocytäre Alterationen oder einfach durch Steigerung der mikrobischen Virulenz und durch Eindringen von Keimen mit gesteigerter Lebensthätigkeit in Regionen, welche von da an ihnen gegenüber ungenügend gewappnet sind.

Ebenfalls vor 20 Jahren kannten die Pathologen die bedeutende Rolle der im Organismus entstehenden Giftkörper nicht, im besonderen die Rolle derer, welche von Organen mit inneren Sekreten herrühren, von der Bauchspeicheldrüse bis zum thyroiden Körper. Die Krankheit Basedows wurde Läsionen des Nervensystems zugeschrieben, über welche die Neurologen sich noch nicht einigen konnten, und wurde von denjenigen, welche darauf verzichteten, die Läsionen zu finden, als Neurose betrachtet. Die Pathogenie der Diabetes war nur auf das Experiment von Claude Bernard gegründet; aber da die Läsionen sich bei der Autopsie selten begegneten, schien es richtig, die Krankheit funktionellen Perturbationen der Centren zuzuschreiben.

Nun ist in all diesen Krankheiten, wie in der Krankheit von Addison, die Rolle des Nervensystems in sonderbarer Weise gering angeschlagen worden. Man nimmt zwar an, dafs eine Nervenläsion eine funktionelle Störung, die Diabetes, hervorrufen könne; gewisse Autoren glauben, dafs Läsionen der Protuberanz das Basedowsche Syndrom veranlassen können. Aber man weifs, es ist daran nicht mehr zu zweifeln, dafs die Sklerose des Pankreas bei Mensch oder Tier die charakteristischste und heftigste Harnruhr hervorrufen kann. Man nimmt an, dafs das Basedowsche Syndrom sich bei Individuen entwickeln kann, welche von einer einfachen Schilddrüsenentzündung ergriffen wurden. In all diesen Fällen und auch in anderen spielt das Nervensystem nur noch die vermittelnde Rolle; man zieht es herbei, wenn man den Mechanismus, durch welchen eine gegebene Ursache eine krankhafte Wirkung erzeugt, nicht begreifen kann. Es hiefse sichtbar übertreiben, wollte man das mögliche

Eingreifen nervöser Störungen in die zwei pathologischen Phänomene leugnen, aber wir können voraussehen, dafs der Beweis dieses Eingreifens nicht für alle Fälle gegeben werden kann, in denen man sie als Ursache herbeizog. Gewisse Krankheiten lassen sich durch direktes Eingreifen giftiger Körper erklären, gewisse Symptome der Basedowschen Krankheit durch die Einwirkung giftiger Agenzien auf die Eingeweide und die Haut, während andere ihrer Wirkung auf das Nervensystem zuzuschreiben sind. Die Nervenläsionen werden übrigens immer bekannter, aber die Fortschritte der pathologischen Anatomie des Nervensystems werden, wie man wohl glauben kann, nicht dazu führen, dessen Rolle auszudehnen, dagegen uns das Wort „funktionelle Störung" immer schwieriger zu machen. Ohne hierauf zu verweilen, sagen wir einfach, dafs der Fortschritt der Pathogenie eine immer genauere Bestimmung der Rolle des Nervensystems fordert, d. h. die Bestimmung des Mechanismus, durch welchen es wirkt, die Zurückführung der pathologischen Thatsachen, die man ihm ohne genügende Beweise zugeschrieben hat, auf ihre wirklichen Ursachen.

* * *

Die Bewegung, welche die Rolle des Nervensystems in der visceralen Pathologie nach und nach eingeschränkt hat, hat die Pathologie der äufseren Haut nicht im selben Mafse umgeformt; in der Dermatologie weist man diesem System noch einen beträchtlichen Einflufs zu und nach unserer Ansicht einen zu ausschliefslichen. Alle Krankheiten, deren wirkliche Ursachen unbekannt sind, werden nervösen Ursprungs erklärt. Es ist sogar sehr interessant, in dieser Beziehung ein Buch über Pathologie durchzugehen: es giebt wenig Krankheiten, für die man nicht diesen Ursprung angegeben hat; Ausnahmen bilden gewisse ansteckende Krankheiten (Sypbilis, Ulcus molle) oder unbestreitbar selbsteingeimpfte (Impetigo, Verruca plana) oder solche, deren Parasit bei den ersten bakteriologischen Untersuchungen bestimmt wurde (Lupus, Furunkel). Andererseits werden pathologische Thatsachen, deren mechanische Beziehung zu einer bekannten Ursache nicht bekannt ist, fast immer, wo nicht immer, mit einem Nervenprozesse, einem Reflexvorgange u. s. w. verknüpft.

Wir wollen durchaus nicht glauben machen, dafs alle Dermatologen sich befriedigt erklären und dafs ihnen die pathologischen Vorgänge, welche man einer vasomotorischen Störung, einem Reflexvorgange, einer funktionellen Pertubation des Nervensystems zugeschrieben hat, dadurch schon vollständig und endgültig aufgeklärt scheinen. Keiner hat die Unklarheiten dieser Theorien mehr hervorgehoben, als M. Besnier im Berichte, den er der Frage über die Prurigo am Dermatologenkongresse von 1896 gewidmet hat.

Wie unser verehrtester Lehrer, so denken auch wir, dafs das Ein-

greifen des Nervensystems in die Pathogenie der Dermatosen stark übertrieben worden ist; wir möchten beweisen, dafs es oft herangezogen wurde ohne genügenden Grund, und dafs es nötig ist, die Thätigkeit des Nervensystems in der Dermatologie auf die Thätigkeit zu beschränken, die ihm wirklich zukommt, wenn man in den inneren Mechanismus der Haut eindringen will. Man kann heute versuchen, die Hautsymptome und Läsionen, welche bis jetzt den Läsionen oder Störungen der Thätigkeit des Gehirns, der Spinalaxe oder der peripheren Nerven zugeschrieben wurde, durch neue Hypothesen zu erklären. Selbstverständlich werden wir nicht auf die Diskussion aller Argumente eintreten, welche man zu Gunsten des nervösen Ursprungs einer grofsen Zahl Dermatosen gegeben hat; wir werden uns darauf beschränken, die wichtigsten zu besprechen und besonders diejenigen, denen man eine allgemeine Bedeutung zuerkennt.

II.

Historischer Überblick.

Das Eingreifen des Nervensystems bei der Veranlassung von Hautläsionen ist auf Thatsachen gegründet, welche von Physiologen und von Anatomo-Pathologen beobachtet wurden, auf Thatsachen, die man in folgender Weise klassifizieren kann:

1. Das Durchschneiden und die Reizung gewisser Nervenfäden können Krankheiten erzeugen, die der Zellenausdehnung und Zusammenziehung zuzuschreiben sind und von denen die elementarsten die Hyperämie und das Ödem sind. Die Existenz von vasomotorischen Phänomenen nervösen Ursprungs ist durch die historische Entdeckung Claude Bernards über die Wirkung der Durchschneidung des Sympathikus beim Kaninchen gezeigt worden. Das Experiment Cl. Bernards liefs sozusagen die Läsion der Erytheme genau betrachten, und von da an hat man jedes Erythem als durch einen vaskulären Vorgang nervösen Ursprungs hervorgerufen betrachtet und auf gleiche Weise hat man durch natürliche Induktion alle anderen Läsionen des polymorphen Erythems Hebras, die bläschenartigen, blasigen Verletzungen, die Urticaria, die Purpura erklärt.

Argumente, welche der Pathologie entlehnt wurden, schienen die Rolle des vasomotorischen Nervensystems in allen Läsionen zu bestätigen. Z. B. führt das Durchschneiden des Sympathikus beim Tiere keine Hauthämorrhagien herbei, aber es zeigen sich beim Menschen Hauthämorrhagien, bei welchen das Nervensystem unbestritten eingreift: solche sind die Purpura infolge tabetischer, hysterischer und epileptischer Krisen; der Austritt der roten Blutkörperchen aus den Gefäfsen erklärt sich leicht, wenn man

annimmt, dafs der Krampf der verschiedenen Hautvenen infolge der Vermehrung der intravaskulären Pression die Verschiebung der endothelialen Zellen der Kapillaren herbeiführen kann. Ein dauernder Gefäfskrampf und eine Lähmung, welche zu einer absoluten Stockung führt, könnten ebenfalls ein viel selteneres Phänomen erklären, den heifsen Brand bei Hysterischen, welchen man nach Gehirn-, Rückenmark- und peripheren Nervenläsionen bemerkt. Merken wir uns indessen, dafs für Leloir und die Mehrzahl der Autoren die nervös verursachte Gangrän nicht einer vasomotorischen, sondern einer trophischen Störung zuzuschreiben ist.

Andererseits bestehen Störungen glandulären Ursprungs oder in Abhängigkeit von einer glandulären Ursache, welche, seit man dank Claude Bernard das Vorhandensein glandulärer, von den vasomotorischen Nerven unterscheidbarer Fäden kennt, durch eine Nervenalteration erklärt worden sind. Zahlreiche Autoren haben sogar a priori angenommen, dafs die Vermehrung oder Verminderung der Schweifs- und Talgsekretion immer und einzig nervösen Ursprungs seien und die bakteriologischen Entdeckungen, wie diejenige des Parasiten der fetten Seborrhoe (Sabouraud), welche diese Auffassungsweise umzuändern die Neigung haben, stofsen auf zahlreiche Gegner.

3. Beim Tiere kann man nach Reizungen, Entzündungen oder Sekretionen, welche das centrale oder periphere Nervensystem betreffen, komplizierte Hautkrankheiten beobachten, wobei das vasomotorische System gar keine Rolle zu spielen scheint. Man weifs seit 1860, dafs (was Samuel gezeigt hat) infolge Durchschneidens des Drillingsnervs auf der Hornhaut, wo weder Gefäfse noch folglich vasomotorische Fäden existieren, sich schwere Läsion bilden können. Um gewisse Hautläsionen, welche auf eine nervöse Läsionen folgen, zu erklären, nimmt man seither an, dafs unter den Nervenfäden, welche in der Haut auslaufen, es solche giebt, die eine trophische Thätigkeit haben, welche derjenigen des Zwillingsnervs auf der Hornhaut und derjenigen der trophischen Fäden der motorischen Nerven entspricht, zu vergleichen ist.

Das zuerst von Samuel angenommene Vorhandensein trophischer Nervenfäden in der Haut, hat nicht direkt erwiesen werden können und ist weder durch Experimente, noch durch pathologische Anatomie, noch durch die Normalanatomie festgestellt worden (Leloir). Aber welche Theorien auch immer die trophische Thätigkeit erklären, worauf einzugehen für uns nicht nötig ist, diese Thätigkeit ist allgemein angenommen und zur Stunde kann man gewisse Läsionen, ohne das Eingreifen der trophischen Vorgänge anzusprechen, nicht erklären; diese Läsionen sind nicht nur beim Tiere vorhanden, sondern auch beim Menschen und sind bei diesem viel häufiger studiert worden. Eine grofse Zahl Arbeiten sind von den Neurologen dem Studium der Hautalterationen, welche sich nach Nerven-

entzündung entwickeln, gewidmet worden. Ohne hier einen vollständigen historischen Abriſs geben zu wollen, erinnern wir an die Untersuchungen von CHARCOT, SAMUEL, WEIR MITCHELL, VERNEUIL, LANCEREAUX, DÉJERINE. Heute scheint das Verzeichnis der Läsionen vollständig zu sein; M. BABINSKI giebt in der beachtenswerten Arbeit, welche er der allgemeinen Frage über die Nervenentzündungen gewidmet hat, eine Aufzählung, und wir können nichts besseres thun, als sie hier anzuführen. Zu den Hautkrankheiten, welche auf Neuriten äuſseren Ursprungs folgen, zählt er das Ödem, die Röte der Haut, die Schweiſse, das Sinken der Temperatur (JACQUET giebt auſserdem das Steigen der Temperatur als möglich, obgleich selten (2) an), „Pseudophlegmons“ von HAMILTON und COUYBA beschrieben, das Verdicken und Verhärten der Haut, den ichthyosischen Zustand, Pigmentstörungen, Haar- und Nagelläsionen, Erytheme, das Syndrom von GLOSSYSKIN, das sehr seltene Ekzem, zosteriforme und pemphigoide Eruptionen (nach WEIR MITCHELL häufig), das Plantargeschwür, Schorf, das Ekthyma, den Furunkel.

Mit Ausnahme der leprösen Nervenentzündungen geben die Neuriten inneren Ursprungs keinen Anlaſs zu Hautläsionen.

Aber man fragte sich infolge der Arbeiten, welche wir oben angeführt haben, und infolge zahlreicher Forschungen über die Hautläsionen, welche nach Nervenentzündungen eintreten, ob gewisse Hautläsionen nicht von Alterationen peripherischer Nerven begleitet sein könnten, von denen jene die Folge wären, indem sie sich durch keinen anderen Vorgang übertragen, als durch die äuſsere Hautalteration, ob also nicht Nervenentzündungen bestehen, die, klinisch betrachtet, sich nur auf die Haut beschränken. Neurologen und Dermatologen warfen sich mit Eifer auf dieses neue, fruchtbar erscheinende Gebiet und suchten die nervösen Läsionen, welche im Zusammenhange mit verschiedenen Hautläsionen und verschiedenen Hautkrankheiten standen.

Man kannte die nervösen Läsionen, welche den Zona (DANIELSSEN, BOERENSPRUNG, CHARCOT) begleiten oder ihm vorangehen, schon lange. LELOIR konstatiert nervöse Alterationen in gewissen Fällen von Vitiligo, DÉJERINE bei Pellagra, DÉJERINE und LELOIR beim Pemphigus, QUINQUAUD bei der Dermatitis exfoliativa, DUPLAY und MORAT bei dem Plantargeschwür, verschiedene Schriftsteller bei der Sklerodermie etc.

Die Untersuchungen über die encephalischen und spinalen Läsionen, welche die Hautkrankheiten begleiten, waren weniger fruchtbar. Indessen schien der „Decubitus acutus“, welcher CHARCOTS Lieblingsstudium gewesen ist, die Wichtigkeit der Alteration der Nervencentren in Bezug auf diejenigen der Haut zu erweisen. Aber die Anwesenheit centraler Läsionen bei den Dermatosen war sehr selten und bei allen unbeständig. Nichts-

destoweniger schloſs man aus ihrer Gegenwart bei den Krankheiten, wo man diese Läsionen ziemlich oft vorfand, auf den nervösen Ursprung der Hautkrankheit; ebenso geschah es beim Pemphigus, wo nach SCHWIMMER verschiedene Autoren Rückenmarkläsionen beschrieben.

Gleichzeitig verbreitete sich das klinische Studium auf nervöse Präcedenzfälle der Hautkranken — auf den Anfang gewisser Krankheiten nach der nervösen Erschütterung — auf das Vorhandensein von Symptomen nervösen Ursprungs im Verlaufe der Dermatose, seien sie allgemeiner oder lokaler Art (Hautjucken, Empfindungsstörungen), auf die topographische Verteilung der Hautläsionen in Bezug auf die Nervenbahnen: so geschah es, daſs die ursprüngliche Ausbreitung der Zona in Übereinstimmung war mit derjenigen der Nerven, was von BAERENSPRUNG anatomisch und mit den Schmerzen, den Erscheinungen von lokaler Anästhesie und Hyperästhesie klinisch erwiesen wurde, und so konnte man ableiten, daſs jede Hautläsion, welche in Streifen verläuft und einer Nervenbahn folgt, nervösen Ursprungs sei.

* * *

Wir wollen hier die wichtigen Untersuchungen der deutschen Forscher, LEWINS, SCHWIMMERS u. a., nur erwähnen, wir beschäftigen uns besonders mit dem Studium der französischen, von LELOIR zusammengefaſsten Forschungen, der mehr als jeder andere Dermatologe zur Erweiterung des Gebietes der Hautkrankheiten nervösen Ursprungs beigetragen hat und der diesem wichtigen Gegenstand einen groſsen Teil seines der Wissenschaft gewidmeten Lebens gewidmet hat.

Nachdem LELOIR dem Studium der nervösen Läsionen bei den verschiedenen Hautkrankheiten mehrere Schriften gewidmet hatte, glaubte er sich berufen, indem er sich auf seine eigenen Forschungen und auf diejenigen anderer Autoren stützte, endlich eine allgemeine Zusammenfassung zu geben und die Hautkrankheiten trophischen Ursprungs unter einen Hut zu bringen. Seine Ideen über die „Trophoneurosen der Haut" sind namentlich in einem Artikel des *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique* vom Jahre 1882 auseinandergesetzt.

Unter die Trophoneurosen stellt LELOIR:[1]

α) Chronische Erytheme und oberflächliche Dermatitis (trophoneurotische Erytheme von SCHWIMMER, GLOSSYSKIN, Pellagra, trophoneurotische Dermatitis (z. B. gewisse Panaritium);

β) vesikulöse Affektionen (Zona, Herpes, gewisse Ekzeme);

γ) blasenartige Affektionen (lokalisierte, gewisse akute und chronische Pemphigus);

[1] Unter diesen Trophoneurosen faſst LELOIR selbst nicht die Erytheme, das Purpura, noch alle Läsionen, welche hauptsächlich vasomotorischen Ursprungs sind, da sie als solche schon als nervösen Ursprungs betrachtet werden.

δ) pustulöse Affektionen (gewisse Ecthyma);
ε) Ulcerationen, z. B. das Plantargeschwür;
ζ) Hautschorf;
η) Sklerodermie;
ϑ) Lepra;
ι) gewisse ichthyosische Affektionen;
κ) pigmentäre Krankheiten (Vitiligo);
λ) Verletzungen der Nägel und der Haare (Alopecia areata).

Dieser schon langen Liste fügte SCHWIMMER noch die Lichen, die Elephantiasis der Araber, das Myxödem, die Rosacea bei.

1888 hat LELOIR die viel weitere Zusammenstellung der „Dermatoneurosen" geschaffen. Denn er fügt ohne Zögern zu den Krankheiten, die den Läsionen des Nervensystems folgen und bei deren Verlauf man Nervenläsionen vorfindet, auch diejenigen hinzu, deren nervöser Ursprung nur durch klinische Schlüsse nachgewiesen werden kann.

Seit LELOIR ist das Gebiet der nervösen Hautkrankheiten noch erweitert worden. Die Studien der Dermatologen über die pruriginösen Hautkrankheiten haben dazu geführt, einige Läsionen als dem, wahrscheinlich von centralnervösem Ursprunge herrührenden Pruritus nachfolgend zu betrachten, dies ist die Theorie, wie sie JACQUET aufgestellt hat, der sie nicht nur auf die Urticaria, sondern auch auf das Lichen planus, auf das Lichen simplex und auf verschiedene Prurigos angewendet hat. Für BROCQ und JACQUET charakterisiert der isolierte Pruritus die Neurodermien, mit Verletzungen bildet er Neurodermiten. Unter diesen Neurodermiten lassen BROCQ und JACQUET noch die Dermatitis herpetiformis figurieren, deren nervöse Herkunft nach DÜHRING auch von BROCQ angenommen worden ist.

III.

Die brillanten Verallgemeinerungen von LELOIR, SCHWIMMER und anderen, welche auf eine grofse Zahl positiver Thatsachen begründet schienen, hatten fast eine universelle Adhäsion nach sich gezogen. Nicht nur schwere Hautverletzungen könnten sich infolge von Nervenentzündung entwickeln, sondern es könnten auch komplizierte Läsionen, wirkliche Hautkrankheiten mit eigener Entwickelung: das Ekzem, der Lichen planus, alle Erytheme und viele andere noch infolge einer einfachen Aufregung auftreten. Das aus dem Gleichgewicht gebrachte Nervensystem schien in aktiver Weise auf die Haut zu wirken, die Reizung dynamischer Herkunft der trophischen Nerven schien fähig den Diapedese und alle Entzündungserscheinungen, die Vesikulation, die Phlyctenisation, die Sklerose herbeizuführen, und wir erwähnen nur die allerneuesten Folge-

rungen, nach welchen der Lupus erythematosus und selbst gewisse Sarkome nervöser Herkunft wären.

Es ist hier am Platze, beizufügen, dafs den mit grofser Autorität und wahrhaftigem Talent aufgestellten Nerventheorien noch keine neuen substituiert werden konnten. Die im Besonderen der pathologischen Anatomie und der Hautbakteriologie inhärenten Schwierigkeiten haben zur übertriebenen Ausbreitung der Gattung der Dermatoneurosen beigetragen, weil sie nicht erlaubt haben, die wirklichen Ursachen gewisser Hautleiden zu sehen und nicht einmal zu vermuten.

Aufser gewissen Verletzungen, welche durch ihren histologischen Charakter sich den inneren Verletzungen gleicher Natur annähern, sind die mikroskopischen Veränderungen der Haut lange wenig bekannt geblieben. Bis zu einem wenig entfernten Zeitpunkt und speziell bis zu den Arbeiten Unnas liefsen sich die Verletzungen der Lederhaut oft auf das Dasein embryonärer Elemente zurückführen, welche sich mehr oder weniger reichlich um die Gefäfse anhäuften; das cytologische Studium dieser Elemente wurde nicht gemacht. Andererseits sind die Verletzungen der Oberhaut nicht in allen ihren Stadien im Verlaufe einer bestimmten Hautkrankheit studiert worden, die meisten Höhlenbildungen der Haut waren in ihren histologischen Einzelheiten und ihrem Mechanismus unbekannt. Die Unwissenheit, in der man sich bei der Mannigfaltigkeit der Hautalterationen und ihrer intimen Phänomene befand, liefs alle Verallgemeinerungen und alle speziellen Anwendungen in der Pathogenie der äufseren Hautkrankheiten zu. Man hatte dank der bakteriologischen Technik hoffen können, die Parasiten rasch zu entdecken, an die gewisse Hautkrankheiten gebunden sind, Parasiten nämlich, welche den Nachforschungen zugänglicher sind, als alle anderen. In der That hat die bakteriologische Forschung der Haut noch nicht das geboten, was man von ihr mit Recht erwartete. Sie fordert besondere technische Mittel, sie mufs durch die Histologie ergänzt werden, in der Unmöglichkeit, wo man ist, bei dem Tiere die denjenigen des Menschen identischen Dermatosen zu bestimmen und bei der Schwierigkeit, bei diesem mit Hülfe von Kulturen parasitische Läsionen zu erzeugen, selbst wenn der Parasit bestimmt erscheint, sogar beim Ekthyma und dem Furunkel, dank der vom Terrain, vom Hautboden, geforderten Bedingungen, welche in den mikrobischen Krankheiten der Haut noch mehr als bei den gewöhnlichen visceralen Infektionen eingreifen. Gewisse Bakteriologen, welche ungenügend in die Dermatologie eingeweiht sind, haben andererseits die verschiedenen Krankheiten verwechselt und als Parasiten der einen Läsion beschrieben, was der Parasit einer anderen ist.

Es ist sicher, dafs einige Irrtümer, welche anfangs begangen worden sind, die Dermatologen mifstrauisch gemacht haben in Bezug auf die Rolle

und den Wert der Hautparasiten, und daſs sie immer ihren Widerwillen zeigen, den alten Theorien neue zu substituieren, welche sie als reine Hypothesen betrachten. Gewisse Autoren haben diese oder jene Krankheit als nicht mikrobischen Ursprungs erklärt, weil es ihnen nicht gelungen ist, deren Parasiten sofort zu kultivieren, ohne übrigens das Bedürfnis zu empfinden, eine Nervenverletzung in einer Hautkrankheit nachzuweisen, um sie nervösen Ursprungs zu erklären.

Die Vorsicht, welche die Dermatologen in Hinsicht auf die Parasitentheorien, welche auf die Hautkrankheiten angewendet werden, zeigen, kann löblich scheinen; sie zeugt ohne Zweifel von einem wissenschaftlichen, mehr und mehr klugen und kritischen Geiste, und es ist zweifellos richtig, wenn man den parasitischen Ursprung gewisser Hautkrankheiten nicht zugiebt, so lange er sich nicht auf Thatsachen stützt und absolut festgestellt ist. Aber warum auf der andern Seite einen nervösen Ursprung zugestehen, wenn er nicht erwiesen ist? Es wäre besser, wenn man erklärte, daſs der wirkliche Ursprung unbekannt ist und wenn man sich begnügte, die Gründe zur Annahme dieser oder jener Hypothese auseinanderzusetzen. Die bis heute angenommenen Nerventheorien über die Hautkrankheiten nützen gar nichts, noch mehr: sie sind sogar schädlich, denn sie hemmen jeden Fortschritt in der Pathogenie der Hautkrankheiten; sie sehen in der That Sachen als erwiesen an, die es nicht sind. Wir werden später zahlreiche Beispiele anführen.

* * *

Man muſs auch den Schwierigkeiten der dermatologischen Sprache Rechnung tragen. Es kommt oft vor, daſs Ärzte, welche in dieser Sprache nicht bewandert sind, Ausdrücke in einem Sinne anwenden, den sie verloren haben. Das Wort Pemphigus hat gegenwärtig nicht den gleichen Sinn für einen Neurologen wie für einen Dermatologen; für den einen heiſst es Bläschen, vom andern wird es für eine wirkliche Hautkrankheit gebraucht, welche nicht notwendig und immer sicher bläschenartig ist und die besonders durch ihre Entwicklung charakterisiert wird. Beweist das Auftreten von Bläschen auf der Haut nach einer Nervenentzündung den nervösen Ursprung des Pemphigus, selbst wenn erwiesen ist, daſs diese Bläschen nervös verursacht sind? Nein, denn die Dermatologen wissen, daſs es sich hier nicht um eine Hautkrankheit handelt, sondern um eine einfache Verletzung und sie können sich höchstens dieses Arguments bedienen, mit dem Gedanken, daſs, während gewisse Nervenverletzungen Bläschen erzeugen, andere diejenigen des wirklichen Pemphigus veranlassen und die Krankheit hervorbringen können. Die Neurologen nähern die Erytheme gerne einander an. Die Dermatologen sollen sich vergegenwärtigen, wie kompliziert sie sind in ihrer Pathogenie

und in ihren Läsionen, trotzdem sie klinisch ähnlich und gleich zu sein scheinen.

Es genügt übrigens auf die Tabelle, welche wir oben gegeben haben, einen Blick zu werfen, um zu sehen, dafs LELOIR im Jahre 1882 gewisse Pemphigus nicht den Pemphigus, gewisse Ekzeme, nicht das Ekzem als nervös verursacht betrachtete. Seit dieser Zeit anerkennt man in der Dermatologie immer mehr die Notwendigkeit, hauptsächlich unter dem Einflufse von BESNIER, die Krankheiten nicht nur die Läsionen zu klassifizieren. Man ist geneigt, eine Krankheit Ekzem oder mehrere Krankheiten, welche dem ekzematischen Zustand bilden würden, anzunehmen; das Wort Pemphigus wird ebenfalls für eine oder mehrere Krankheiten gebraucht. Daher ist das Problem folgendermassen zu stellen: Sind das Ekzem oder die Ekzeme, der Pemphigus oder die Krankheiten, welche man Pemphigus genannt hat, Nervenkrankheiten oder sind sie es nicht? Wenn einige es sind und andere nicht, welche sind nervöser Art und welche sind es nicht und was sind dann letztere?

IV.

Es mufs hier auf ein Mifsverständnis, das alltäglich auftritt, hingewiesen werden. Was soll unter folgendem Ausdrucke verstanden werden: Ursache einer Krankheit, handle es sich um eine innere oder um eine Hautkrankheit?

Es giebt gar keine Krankheit, welche eigentlich nur eine einzige Ursache hat. So z. B. ist die Pneumonie nicht einzig dem Pneumococcen, dem entsprechenden Parasiten zuzuschreiben, noch das Erysipelas einzig dem Steptococcen, dem entsprechenden Parasiten; die Pneumonie entwickelt sich nur unter solchen günstigen Bedingungen, welche das Eindringen der Pneumococcen gestatten und unter solchen, welche anormale Empfindlichkeit eines Lungenflügels für Pneumococcen veranlassen; das Erysipelas entwickelt sich nur unter solchen Bedingungen, welche das Eindringen der Streptococcen in die Schleimhaut oder Oberhaut gestatten und unter solchen, welche die normale Resistenz dieses Mediums modifizieren. Ehemals wurden diese Bedingungen, wenigstens die, welche man kannte, z. B. die Kälte, ohne welche sich die Krankheit nicht entwickeln würde, als Ursachen angesehen.

Sie sind es noch, wenn man das Wort Ursache buchstäblich auffafst. In einer ätiologischen Analyse sind die Kälte und Traumatismus Ursachen der Pneumonie und des Erysipelas. Indessen kommt man überein, diese Krankeiten als durch Mikrobien verursacht anzuerkennen; die Pneumonie, welche nach einer Hemiplegie sich entwickelt, ist deswegen nicht eine Krankheit mit nervösem Ursprung weil am Anfange Nervenstörungen eingetreten sind.

Nicht weniger verwickelt sind die Ursachen, welche die Entwickelung der Hautkrankheiten erlauben.

Als Beispiel eine Krankheit des Haarbodens, welche typisch ist für Parasitenkrankheiten der Haut: der Tinea von GRUBY-SABOURAUD. Diese Krankheit entwickelt sich nie nach dem 15. Jahre: das jugendliche Alter ist eine Ursache dieser Tinea, wie die Überarbeitung eine Ursache des Abdominaltyphus ist.

Die Furunculosis der Haut entwickelt sich nicht bei allen Individuen, welche auf der Haut den Staphylococcus zeigen, sie erscheint nur bei Menschen, die an Schwerverdaulichkeit leiden oder nach einem Abdominaltyphus und aus andern allgemeinen oder lokalen Ursachen, wie z. B. diejenige eines Hemdkragens, welcher eine Hauthyperaemie herbeiführt, die Epidermis schürft: der Mechanismus ist ohne Belang. Trotzdem anerkennt heute jedermann, dafs der Staphylococcus die Ursache der Furunculosis und dafs diese eine Parasitenkrankheit ist.

Ähnliche Betrachtungen lassen sich über Akne, Impetigo, Ekthyma etc. anstellen, wie auch über Krankheiten, welche nicht parasitisch sind; die Frostbeulen entwickeln sich nicht bei allen, der Kälte ausgesetzten Individuen, aber sie entwickeln sich nur bei solchen, die der Kälte ausgesetzt sind, und in einer Klassifikation der Hautkrankheiten in Bezug auf ihren Ursprung sollten die Frostbeulen unter die traumatischen Hautkrankheiten eingereiht werden.

Was ist also nach genauester Analyse die Ursache einer Hautkrankheit, wenn wohlgemerkt eine Dermatose nie eine einzige Ursache hat? Man meint, um sich kürzer auszudrücken, immerhin mit dem Vorbehalte, dafs das nicht der einzige Faktor sei, diejenige Ursache (einer Krankheit) welche konstant bleibt und welche die Verletzungen der betreffenden Krankheit verursacht, die Krankheitsursache; unter diesem Vorbehalt nur ist es richtig, zu sagen, dafs der Staphylococcus die Ursache der Furunculosis sei, denn er ruft die Hyperämie, das Ödem und die Eiterung hervor; — die Ursache des Favus ist das Achorion, —, wie die Ursache des Typhus der EBERTsche Bacillus ist. Diese Ursachen allein können einer Klassifikation nach Krankheitsursachen als Basis dienen. Wenn im Ekzem ein Parasit existiert, welcher durch seine Sekretionen, wie jedes parasitische Agens, die Schädigung beim Ekzem veranlafst, sei es Hyperämie, Ödem, Vesikulation und Parakeratose, welches immer die visceralen oder die externen Bedingungen seien, die dazukommen, um die Entwickelung der Parasiten zu begünstigen, das Ekzem soll als eine parasitische Krankheit der Haut klassifiziert werden. Die anderen Ursachen sind veränderlich, unbeständig: ob das Ekzem die Folge von diathesischer Vergiftung oder nicht, die Folge von Hautverletzung chemischer Art oder auf moralische Erschütterung gefolgt sei, seine anatomische Charakteristik

ist dieselbe: es bleibt doch eine allen Ekzemen gemeinsame Ursache und diese besondere Ursache ist diejenige der Krankheit, welche wir als eine parasitische betrachten. (3.) Wenn bei Bildung des Ekzems auf beschränkten Nervengebieten der Haut die Läsionen dieser gleichen Ursache zuzuschreiben sind, ist deswegen das Ekzem keine Krankheit nervösen Ursprungs, aber es bleibt eine Krankheit parasitischen Ursprungs.

Indem man so den Ursprung einer Krankheit auf den Faktor überträgt, der die krankhaften Veränderungen direkt veranlafst, verkennt man in keiner Hinsicht die Rolle der gleichzeitig verlaufenden früher eingetretenen Ursachen, seien es Nervenstörungen, Nervenverletzungen oder diathesische Alterationen etc.

Aber von den Anhängern der Dermatoneurosen-Doktrin glauben zur Zeit die meisten, dafs die Läsionen bei den Hautkrankheiten, die sie als nervösen Ursprungs betrachten, direkt den nervösen Alterationen, seien sie anatomisch oder funktionell, zuzuschreiben seien. Wenn man z. B. die Dermatitis herpetiformis und den Pemphigus foliaceus als Nervenkrankheiten der Haut betrachtet, so versteht man damit, dafs die nervöse Alteration die Röte, die Bläschen, die Blasen, die Phyctaenisation, die Exfoliation, welche den Krankheiten relativ zukommen, hervorbringen. Ebenso wenn man als Ursprung der Erytheme eine nervöse Alteration annimmt, so meint man, dafs die Verletzung des Erythems einer vasomotorischen Störung zuzuschreiben sei und dafs zum Beispiel die medizinischen Erytheme sich in Folge einer Einwirkung eines Medikamentes auf das sympathische Nervensystem entwickeln, eines Systems, welches die erythematischen Läsionen hervorbringt. Wenn dieser nervöse Vorgang bei diesen Läsionen Thatsache wäre, sollten wir die Erytheme in einer Klassifikation nach den Ursachen der Hautkrankheiten nicht als toxische Krankheiten, sondern vielmehr als Nervenkrankheiten, im abgekürzten Sinne von „Ursache", wie wir oben angeführt haben, einreihen.

Nun glauben wir, trotz der Thatsachen, die Leloir und Schwimmer und ihre Vorgänger und Nachfolger angegeben haben, dafs die Zahl der Hautkrankheiten, wo die nervöse Verletzung direkt die anatomische Krankheitserscheinung erzeugt, sehr wenig grofs ist und über dieses Gebiet wollen wir uns in der folgenden Diskussion verbreiten.

V.

Untersuchung der klinischen Argumente, welche sich auf die Anwesenheit nervöser Störungen beim Beginne oder im Verlaufe der Hautkrankheiten und auf die topographische Verteilung der letzteren stützen.

Bevor wir die anatomischen Thatsachen, die meistens die wichtigsten Argumente zur Unterstützung der Dermatoneurosen-Doktrin liefern, zu be-

sprechen unternehmen, möchten wir an die Kritik einiger nebensächlicher Argumente herangehen, welche zur Zeit, da diese Doktrin in voller Gunst stand, einen beträchtlichen Wert zu haben schienen, die jedoch für sich selbst und losgelöst von anatomischen Beweisen nicht von entscheidender Bedeutung sind. Das Beispiel der Läsionen hysterischen Ursprungs gestattet anzunehmen, wie wir zu Anfang dieser Arbeit sagten, dafs funktionelle Nervenstörungen die materiellen Läsionen veranlassen können, sowohl der Eingeweide als der äufseren Haut. Als infolge der Arbeiten von Leloir und Schwimmer in der Dermatologie angenommen wurde, dafs Nervenverletzungen eine grofse Zahl Hautkrankheiten erzeugen, kam man auf den Gedanken, dafs rein funktionelle Störungen sie ebenfalls erzeugen können. Auf diese Weise erklärte man die besondern, sehr zahlreichen Fälle, wo die Nervenläsionen fehlen. Von da weg die Behauptung aufzustellen, dafs diese funktionellen Störungen nicht nur Läsionen, sondern auch anatomoklinische Syndrome, wirkliche Hautkrankheiten mit selbständiger Entwickelung erzeugen können, war nur noch ein Schritt und dieser Schritt wurde ohne Zögern gethan.

a. In Folge von Aufregung, eines Schreckens, eines Zorns, mit einem Worte einer moralischen Erschütterung (Leloir) kann man, bisweilen unmittelbar, öfters aber nach einem mehr oder weniger langen Intervalle Dermatosen beobachten, wie z. B. das Ekzem, den Pemphigus, die Psoriasis, den Lichen planus.

Im allgemeinen beobachtet man bei allen diesen Affektionen gar keine anatomische Zerstörung des centralen oder peripherischen Nervensystems; doch hat man in gewissen Fällen solche angegeben. Ist es nicht richtig anzunehmen, dafs in andern, wo nicht in allen Fällen, das Nervensystem die Hautschäden veranlafst, da man ziemlich häufig beim Beginn Nervenstörungen konstatiert, die sogar während des Verlaufes der Krankheit sich wiederholen können?

Dafs Nervenstörungen in der Ätiologie gewisser Hautkrankheiten eine Rolle spielen können, wollen wir nicht leugnen und unter den in der Litteratur gesammelten Fakta gibt es eine grofse Zahl, die durchaus nicht bestritten werden können,[2] aber man ist mit nichten verpflichtet, sie so

[2] Man kann jedoch in dieser Materie nicht allen veröffentlichten Beobachtungen Rechnung tragen, die zur Unterstützung der Rolle, als Krankheitserreger, welche die moralische Erschütterung spielen soll, herbeigebracht worden sind. Ich habe schon einmal Gelegenheit gehabt, darauf hinzuweisen, wie sehr man den populären Vorurteilen mifstrauen mufs, die über die nervösen Erregungen als Ursachen der Hautkrankheiten herrschen; ich wiederhole hier, man kann alltäglich Frauen anhören, die für syphilitische Roseolen einen Schrecken als Ursache angeben und eine grofse Zahl Details zur Begründung ihrer Theorie liefern. Man mufs, wie Leloir gesagt hat, die moralische Erschütterung nur in den Fällen als Ursache betrachten, wo die Hautkrankheit unmittelbar gefolgt ist, oder in denen, wo man zwischen der Erschütterung und der Hautkrankheit eine Reihe nervöser Erscheinungen beobachtet hat, welche die durch die Erschütterung herbeigeführte Störung des Organismus erhöht haben.

zu interpretieren, wie man es gewöhnlich gethan hat, nämlich aus einer Hautkrankheit, eine Hautkrankheit nervösen Ursprungs zu machen, weil sie auf diese oder jene Form nervöser Störungen gefolgt ist.

Es wird vorläufig nötig sein festzustellen, in welcher Art diese Störungen auf die Haut einwirken können. Ist es ganz sicher, dafs sie die Haut vermittelst der peripherischen Nerven modifizieren? Kann man behaupten, dafs sie gar keine innere Störung, gar keine Nahrungsstörungen erzeugen, die in die Krankheitsentwickelung einer vorhandenen Krankheit eingreifen könnten? Wenn, wie es oft vorkommt, Nahrungsstörungen diese Dermatose begleiten, so sollte ihr Mechanismus und ihre Beziehung zur moralischen Erschütterung erklärt werden: entweder sind sie der Nervenstörung vorausgegangen und diese hat vielleicht nur in nebensächlicher Weise als zufällige Ursache eingewirkt; oder dann sind sie ihr nachgefolgt und man kann in diesem Falle fragen, ob sie überhaupt auf die Funktionen und die Struktur der Haut wirken konnten und ob die Dermatose nicht eine andere als eine direkt wirkende nervöse Ursache habe.

So kann sich die Dermatitis herpetiformis nach gewissen Autoren in Folge von Erregung und Schrecken entwickeln und von hier ausgehend, hat man daraus eine Hautkrankheit nervösen Ursprungs gemacht. Aber es genügt nicht, die Hautläsionen dieser Krankheit zu erklären, man mufs auch die Blutveränderungen, die bei ihr auftreten, in Betracht ziehen. Wenn diese Alterationen der Nervenerregung vorausgehen, so ist aus diesem Grunde die Dermatose nicht notwendigerweise eine nervös verursachte Krankheit; wenn die Blutalterationen folgen, so können sie wohl der anfänglichen Nervenstörung zugeschrieben werden, können aber nichtsdestoweniger selber die notwendigen Bedingungen für die Hautläsion sein, mit welchen sie die evidentesten histologischen Zusammenhänge zeigen: in diesem Falle ist die Krankheit eine sanguinisch verursachte Krankheit im Sinne des Wortes „Ursache", wie wir oben auseinandergesetzt haben.

Man mufs ebenfalls den Krankheitsfaktoren, welche eine Rolle in der Dermatose spielen, Rechnung tragen, den Faktoren nämlich, welche den Nervenstörungen vorangehen oder im Verlaufe hinzutreten, infolge von Nahrungsstörungen, die in der Haut wirken.

Also, wenn man, nach einer Beobachtung von Leloir, eine Wäscherin drei Tage nach einer Erschütterung vom Ekzem befallen sieht, dieses Ekzem sich aber auf die obern Glieder beschränkt, so begreift man die Komplexität der pathologischen Thatsachen, auf welche wir hinwiesen. In diesem Falle zeigt die Lokalisierung des Ekzems auf die den professionellen Verletzungen ausgesetzten Regionen, dafs das Nervensystem nicht allein dabei im Spiel ist, und wenn diese Beobachtung für sich allein nicht beweist, dafs das Ekzem

keine nervös verursachte Krankheit sei, läfst sie sich, trotzdem anfänglich eine moralische Erscheinung vorlag, leicht erklären durch die Annahme, dafs wir es entweder mit einer traumatischen oder parasitischen Krankheit zu thun haben.

Ebenso ist, wenn sich nach einer Nervenentzündung Furunkel bilden, die Furunculosis deswegen nicht eine nervös verursachte Krankheit.

b) Welches ist andererseits der Wert des Vorhandenseins nervöser Symptome im Verlaufe von Hautkrankheiten? Wir werden später zu zeigen versuchen, dafs die Existenz von nervösen Verletzungen bei der Autopsie eines im Verlaufe einer Hautkrankheit gestorbenen Kranken, nicht genügt, den nervösen Ursprung der Hautkrankheit zu beweisen, noch viel weniger genügt es für die Symptome. Eine Dermatose ist oft an die schwersten Nahrungsstörungen gebunden; dafs diese Nahrungsstörungen Nervenstörungen hervorrufen, das ist nichts Besonderes; sie rufen aufserdem Nieren-, Darm- und Lungenstörungen hervor und dennoch bezieht man die Alterationen der Haut nicht auf eines dieser Organe im besondern. Unter den nervösen Symptomen legt man dem Hautjucken eine grofse Wichtigkeit bei. Es genügt, dafs eine Dermatose pruriginös sei, so sind gewisse Beobachter geneigt, sie auf das Nervensystem zu gründen. Das ist eine Tendenz, die uns bedauerlich erscheint und wir werden uns über ihren Wert des weiteren verbreiten, wenn wir zur Behandlung der Pathogenie des Hautjuckens kommen.

c. Wir erwähnen nur ein Argument, das uns als eines der am meisten bestreitbaren erscheint. Für einige Autoren kann bei gewissen Hautkrankheiten die therapeutische Nützlichkeit der Agentien, welche das Nervensystem modifizieren, zu Gunsten eines nervösen Ursprungs herangezogen werden. Wir sind heute wahrhaftig noch nicht sicher genug über die Art, in welcher diese Medikamente wirken, um dieser Beweisführung eine grofse Tragweite zuzugestehen. Und selbst wenn man zeigen würde, dafs ein solches Medikament, das sicher auf das Nervensystem einwirkt, ein sicheres Heilmittel einer bestimmten Dermatose ist, möchte das eher beweisen, dafs das Nervensystem eine Rolle beim Beginne dieser Dermatose spielt und es wäre damit nicht gezeigt, dafs die nervöse Alteration die direkte Ursache der Hautläsion ist.

d) Ist die topographische Ausbreitung der Hautläsionen geneigt, ihren nervösen Ursprung zu erweisen?

Unter den Hautkrankheiten giebt es eine, welche in allen Fällen mit den Nervengebieten der Haut in Beziehung zu stehen scheint, es ist die Zona. Die Krankheit breitet sich aus, indem sie dem Wege des peripherischen Nervs oder dem Weg der Metameren folgt, wie Brissaud, Head und andere gezeigt haben. Hier scheint die Beziehung zwischen Ursache und Wirkung, zwischen der nervösen Alteration und der Alteration

der Haut als notwendig, obwohl der Vorgang, in welchem die erstere die zweite hervorruft, einer der dunkelsten ist, man begreift schwer, dafs eine Dermatose, welche zum Beispiel an eine mikrobische Infektion gebunden ist, sich ausschliefslich auf einer durch nervöse Störungen modifizierten Region und nicht auch bei funktionellen Störungen oder bei andern Ursachen als nervösen Alterationen entwickeln kann.

Andere Beweise stützen übrigens die Theorie der direkten nervösen Verursachung der Zona.

Aber unter den anderen Hautleiden, mit Ausnahme vielleicht gewisser Naevi, besteht gar keines, welches beständig in seiner Topographie der begrenzten Regionen, welche den metamerischen Bahnen oder der Verteilung der peripherischen Nerven entsprechen, auftritt und wenn in sehr seltenen Fällen diese Dermatosen diese Regionen angreifen, so kann man aus dieser Thatsache, aus Mangel anderer Argumente, nicht auf den nervösen Ursprung schliefsen, noch weniger, wenn man sich auf einige andere Argumente stützt, die an sich nichts beweisen: denn in einem derartigen Falle genügt eine Zusammenstellung von Beweisen, von den jeder für sich allein genommen ungenügend ist, nicht, um eine Gewifsheit festzustellen.

So können sich also parasitische Dermatosen, begünstigt durch Cirkulations- und Sekretionstörungen, Störungen, die nervösen Ursprungs sein können, auf beschränkten Hautregionen entwickeln. Da man auf tausende von Ekzemfällen einen findet, der sich regelmäfsig verbreitet und einer Nervenbahn zu folgen scheint und weil es bei allen andern nicht so ist, so scheint es natürlich, nachdem man den Wert der Argumente für den parasitischen Ursprung des Ekzems erwogen hat, gewisse Formen als Ausnahmen seiner Ausbreitung zu betrachten, die durchaus nicht erlaubt, auf einen nervösen Ursprung zu schliefsen.

Wir wollen nicht daran erinnern, dafs, nach anderen Autoren, die Topographie der Hautverletzungen, welche mit einer gewissermafsen geometrischen Regelmäfsigkeit ausgebreitet sind, nicht notwendig Nervenbahnen folgt und dafs sie in ihrer Ausbreitung beherrscht werden kann von den Venen- und Lymphbahnen etc. Es scheint wohl auf jeden Fall, dafs keine genauen Bestimmungen der Ausbreitungsgebiete gewisser Hautkrankheiten gemacht worden sind: Gewisse Autoren haben von Nervenbahnen gesprochen, ohne sich ihrer sicheren Übereinstimmung mit denen, welche die Anatomen beschrieben, zu vergewissern. Wie könnte man auf andere Weise den begangenen Irrtum erklären betreffs der Verbreitung der Zona und die lange Zeit, während welcher man ihre gewöhnliche Unabhängigkeit von den peripheren Nervenbahnen nicht bemerkt hat?

Oft verweist man auf die Symmetrie der Läsionen bei Hautkranken und man giebt dieses Argument zu Gunsten des nervösen Ursprungs

dieses Leidens aus; aber in der That hat jede generalisierte Dermatose das Bestreben nach Symmetrie. Ob es sich um eine Dermatose toxischen Ursprungs handle, wie in den meisten Fällen der Erytheme, oder um eine solche, die der Oberflächenreizung der Haut zuzuschreiben ist, diese Dermatose strebt bei der Ausbreitung danach, symmetrische Regionen der Haut anzugreifen, die in ihrer Struktur und Funktion im anatomischen und physiologischen Gleichgewichtszustande identisch ist. Wir erinnern nur, dafs die am meisten symmetrische Hautkrankheit die Scabies ist (Besnier). Es trete eine nervöse Störung ein und das Gleichgewicht in den Hautfunktionen wird sich modifizieren; es wird nur dann auf beiden Körperseiten gleich bestehen bleiben, wenn die Läsionen oder funktionellen Störungen des Nervensystems gleichmäfsig und auf gleiche Art beiderseits die centralnervösen Regionen, das Gehirn und das Rückenmark, angreifen.

Und die Hautkrankheit, deren Ursprung am sichersten ein nervöser zu sein scheint, ist die Zona, eine unsymmetrische und auf einer Seite auftretende Krankheit.

VI.

Pathogenie der erythematösen, urticariellen und purpuraartigen Läsionen der Dermatitis exfoliativa und der Prurigines.

Die verschiedenen von klassischen Autoren über die Pathogenie der Erytheme aufgestellten Theorien sehen das Eingreifen des Nervensystems als notwendig an; in letzter Linie erklären alle die Hautläsionen von vasomotorischen Störungen nervösen Ursprungs abhängig; und die Histologen, welche die Alterationen der Erytheme denjenigen der Entzündungen angenähert haben, betrachten die ersteren als „nervöse Entzündungen“ (4).

Die Existenz nervöser Entzündungen ist von gewissen Autoren angenommen, von anderen zurückgewiesen worden, je nach dem Sinne, welchen die einen oder die andern dem Worte Entzündung beigelegt haben; was aber nicht in Zweifel gezogen werden kann, das sind die Charaktere, welche den Läsionen des Erythems und denjenigen der Entzündung gemeinsam sind, besonders denjenigen mikrobischen Ursprungs. Man kann zwischen den beiden Gruppen keine scharfe Grenze feststellen. Ob man auch bei den Erythemen die Alterationen der Entzündung nicht auf ihrer höchsten Stufe findet, so gehören doch alle Läsionen, welche ihnen eigen sind, Zellendehnung, Austritt von Blutserum, das Sprossen der fixen Zellen, gleichfalls zu den Entzündungen; der einzige wichtige Unterschied zwischen diesen und den Erythemen ergiebt sich aus dem gewöhnlichen, aber nicht ausnahmslosen Fehlen von Diapedese als notwendiges Element

der Entzündung. Gewisse mikrobische Agentien rufen lokale Reaktionen ohne Diapadese hervor, wenn sie gegenüber den Leukocyten des Blutes eine negative Chimotaxis hervorrufen, und wir wissen, dafs in den Erythemen die Diapedese der polynucleären Zellen beinahe immer, wenn nicht immer abwesend ist. Aber man kann den Austritt roter Blutkörperchen beobachten (Érythèmes purpuriques) — von der Anwesenheit von Lymphzellen, die nicht notwendig aus den Blutgefäfsen hervorzugehen brauchen, wie z. B. bei den Lymphocyten, wollen wir absehen — ja selbst die Diapedese von eosinophilen Zellen bei erythematösen Läsionen der Duhringschen Dermatose, was wir in den schon veröffentlichten Untersuchungen über diese Frage bemerkt haben.

Die Läsionen bei den Erythemen sind im grofsen und ganzen identisch mit denjenigen, welche die Anwesenheit eines mikrobischen Agens mit negativ chemotaktischen Eigenschaften in Bezug auf die polynucleären weifsen Blutkörperchen in den Geweben hervorruft und mit denjenigen, welche ein beliebiges mikrobisches Agens vor der Diapedese dieser Elemente hervorruft.

Die Autoren, welche das Nervensystem bei den Erythemen eine beständige Rolle spielen lassen, nehmen in der That an, dafs alle Gefäfsbewegungen und im Besonderen die Zellenausdehnung und ihre sekundären Erscheinungen, bei Mangel einer sympathischen Reizung nicht veranlafst werden können und sie geben in Wirklichkeit der fundamentalen Entdeckung von Claude Bernard eine allgemeine Bedeutung, welche ihr nicht zukommt.

Ohne Zweifel wissen wir seit Claude Bernard, dafs die Durchschneidung des sympathischen Halsstranges bei dem Tiere die Gefäfsdehnung, die Cirkulationsbeschleunigung, die Röte- und Wärmesteigerung der Haut veranlafst, das sind neben dem Austritt des Blutserums die Grundläsionen der Erytheme. Aber die Pathologen haben mit Unrecht das Erythem für eine Hautkrankheit angesehen, die durch keinen andern Mechanismus veranlafst werden könnte und setzten mit Unrecht bei jedem eintretenden Erythem eine vasomotorische Thätigkeit des Nervensystems voraus. Seit Claude Bernard nimmt man in der Dermatologie Erytheme mit lokalem Ursprung an, die einer Reizung vasomotorischer Nervenfäden zuzuschreiben sind, ferner mit centralem Ursprunge, durch direkte Reizung der Centren hervorgerufen, drittens mit reflexem Ursprunge, veranlafst durch centripetalnervöse Reizung eben dieser Centren und andere nimmt man keine an.

Die bei den Hysterischen beobachteten Hautläsionen, z. B. das blaue Ödem und die Ecchymosen, ohne hysterische Wut, oder ihr folgend, scheinen die Genauigkeit der Nerventheorie der Erytheme in deren ganzem Umfange zu bestätigen. Andererseits weifs man, dafs auch die schmerz-

haften Krisen bei den tabetischen Hämorrhagien und Purpura[3] folgen können.

Aber wenn wir zur Stunde glauben können, dafs die Hautkrankheiten der Hysterischen, Ödem, Hämorrhagien, Ulcerationen, Anämie, als Ursache central veranlafste vasomotorische Störungen erkennen lassen; wenn wir es annehmen können für die Läsionen beim „Decubitus acutus" und bei denjenigen derselben Ordnung bei Hautentzündung, so berechtigt uns nichts, so wenig vom klinischen als experimentellen Standpunkte aus, zu glauben, dafs diese Läsionen, abgesehen von der Hysterie, der Tabes und gewissen beschränkten Bedingungen, auch immer nervösen Ursprung haben.

Schon lange haben die Dermatologen die Rolle der giftigen Agentien in der Pathologie der Erytheme und der Purpura anerkannt (Besnier) (5). Die Erytheme und die Purpura medikamentösen Ursprungs sind alltäglich zu beobachten. Andererseits veranlassen gewisse tierische Parasiten, indem sie durch die giftigen Körper, Nesselsäure etc., welche sie in den Geweben deponieren, wirken, Läsionen von Erythem und ganz besonders nesselfieberartige.

Die Rolle der giftigen Agentien bei den Erythemen hat wichtiger geschienen, seit man die mikrobischen Agentien in den Läsionen der Erytheme, welche mit verschiedenen Ansteckungen im Zusammenhang waren, beobachtet hat: und ist die Anwesenheit giftiger Agentien dabei eine grofse Ausnahme; nicht Septicämie erregende Affektionen, wie z. B. die Cholera und die Diphtherie, können Erytheme im Gefolge haben, Läsionen giftigen Ursprungs können bei Tieren und Menschen Erytheme (infolge von Tuberkulin) hervorrufen und antitoxische Agentien, immerhin mikrobischen Ursprungs können solche beim Menschen veranlassen. Aufserdem lassen sich die Urticaria, die, welche dem Bruche einer Hydatiden-Cyste folgt und die, welche die Folge einer Verdauungsstörung ist oder bei dem Menschen mit gastrischer Gährung auftritt u. s. w. selbstverständlich zu Anfang durch Vergiftungsvorgänge erklären.

Aber die Einwirkung des Nervensystems ist bei erythematösen Läsionen und bei den übrigen gleicher Art als notwendig betrachtet worden und man hat als Ursache die Einwirkung des giftigen Agens auf das Nervensystem angenommen. Ein Mückenstich z. B, würde ein Erythem erzeugen, indem er die vasomotorischen Nervenendigungen reizt, woher dann die Gefäfsausdehnungen das nachfolgende Ödem, oder indem er die sensitiven Nervenendigungen reizt, was genau dem Hautjucken entspricht und indem er durch diese Reizung einen sekundären Reflexvorgang auf die vasomotorischen Endigungen veranlafst. Was die Erytheme mikrobischen,

[3] Bemerken wir ein für allemal, dafs alle Schlufsfolgerungen, welche auf den Mechanismus der Läsionen bei den Erythemen anwendbar sind, es auch bei der Purpura sind und vice versa.

digestiven und hydatischen Ursprungs betrifft, so sind sie einer direkten Reizung der vasomotorischen, centralen oder einer Reizung der Darmnerven zu verdanken, indem sie die vasomotorischen Centren in Thätigkeit setzen.

* * *

Es ist auffallend, dafs die bekannte Wirkung giftiger Körper auf die Erytheme nicht zu einer einfacheren Auslegung ihrer elementären Läsionen geführt hat. Sie sind leicht verständlich im Lichte der Theorien von METCHNIKOFF über die Entzündungen, Theorien, die man einfach auf die Erytheme anzuwenden hat, und zwar so leicht verständlich, dafs man dazu kommt, es völlig unnütz zu finden, irgend einen nervösen Vorgang, welcher immer er sei, eine Rolle spielen zu lassen, sobald eine Vergiftung als Ursache im Spiele ist.

Alle Läsionen bei Erythemen lassen sich durch **direkte** Einwirkung löslicher Gifte auf die Gefäfselemente (Wandzellen, weifse Blutkörperchen) und auf die Elemente des Bindegewebes erklären.

Nehmen wir zuerst den einfachsten Fall, ein giftiges Agens aufserhalb der Gefäfse, z. B. das Gift eines Mückensticbes an. Dieses Gift wird auf die gleiche Weise, wie ein durch die Entwickelung von Mikrobien erzeugtes Gift in dem Zellengewebe, d. h. auf alle Elemente des Gewebes, wo es sich vorfindet, wirken, und zwar nicht nur auf die Nervenfäden sondern gleichzeitig auf die fixen Zellen, welche reagieren und besonders auf die Endothelien der Kapillaren.

Wie jede lebende Zelle sind diese endothelialen Zellen empfindlich, sie können sich umformen, sich zusammenziehen, sich voneinandertrennen, sie können sich besonders unter dem Einflusse giftiger Agentien auflösen: Die Gefäfse erweitern sich, der Druck wird gröfser, das Serum tritt aus dem Gefäfs heraus und verursacht das interstitielle Ödem. Bisweilen konstatiert man aufserdem die Anwesenheit von Elementen aus dem Blute infolge der Wirkung gewisser Giftkörper: Die Cantharide übt z. B. einen positiv chemotaktischen Einfluls auf die eosinophilen Zellen aus; man kann keine andere Auslegung geben, weil man die Entstehung dieser Elemente nicht mehr in den Bindegeweben annimmt, eine Thatsache, die von BETTMANN entdeckt worden ist: die konstante Anwesenheit nämlich dieser Zellen in einem gewissen Überfluls in den beim Blasenziehen entstandenen Phlyctaenen.

Wenn das Gift in den Blutgefäfsen cirkuliert und durch die Haut ausgeschieden wird, so ist die Krankheitsentwickelung der Läsionen des Erythems dieselbe, wie in den Fällen, wo das Gift direkt in diese selber eingeführt gewesen wäre. Dieses cirkulierende Agens veranlafst die Auf-

lösung der endothelialen Zellen durch denselben Hergang, wie wir ihn eben angegeben haben. Die Abwesenheit der Diapedese ist leicht begreiflich; es ist gar nichts da, was die polynucleären Leukocyten aufserhalb der Gefäfse anzieht; und selbst wenn das Gift davon entfernt worden ist, kann es fortwirken, indem es die weifsen Blutkörperchen zurückweichen macht. Man weifs schon, dafs eine gewisse Zahl erythematogener Körper negativ-chemische Eigenschaften haben, so das Chinin (Binz), das Jodkalium (Gabritchewsky).

Die von Vergiftung herrührenden hämorrhagischen Läsionen lassen sich auf gleiche Weise erklären: Zwischen dem Erythem und der Purpura giebt es keinen Unterschied als denjenigen, der sich aus einer vollständigen Zersetzung des Endotheliums ergiebt; im Falle der Purpura gestattet sie den Austritt aller Teile, die das Blut zusammensetzen und das Durchfliefsen geschieht so lange, bis der äufsere Druck gleich dem Druck in den Gefäfsen geworden ist.[4]

Die gleiche Pathogenie kann für die Entstehung einer Reihe von Läsionen angenommen werden, die man einfach als zu den histologischen Alterationen der Erytheme hinzugetretene Komplikation betrachten kann. Der innere Mechanismus der Bläschen und Blasenbildung, welche mit den Erythemen auftritt, ist dunkel; aber ihre Beziehung zum reichlichen Austritt des mit verschiedenen Produkten vermischten Blutserums, z. B. mit Faserstoff und verschiedenen leukocytären Formen, kann nicht bezweifelt werden. Wenn das Nervensystem bei der Veranlassung des auf Vergiftung beruhenden Ödems gar keine Rolle spielt, so hat es noch weniger Einfluſs auf die Höhlenbildungen: dieses sind einfach Läsionen zweiter Ordnung. Die Dermatitis exfoliativa, deren möglicherweise von Vergiftung herrührender Ursprung durch die Existenz der Formen von Quecksilber-Vergiftung erwiesen ist, scheinen uns, wie die Erytheme und Purpura gar keine notwendige Beziehung zu Störungen des Nervensystems zu haben. Den Läsionen des Erythems schliefst sich in dem besonderen Falle eine einzige Läsion an: das ist die Oberhautabblätterung; wir verstehen nicht, wie eine Nervenstörung diese letztere Störung erklären könnte, während das direkte Eingreifen eines giftigen Agens alle andern vollkommen erklärt. Übrigens haben die Autoren, welche die Dermatitis exfoliativa von einer Nervenalteration abhängig machten, es aus folgenden Gründen gethan: Einerseits betrachten sie die nervösen Vorgänge bei den Läsionen der Erytheme als notwendig (und die Haut-

[4] M. Metchnikoff nimmt an, dafs die Purpura aus der Kontraktion der endothelialen Zellen resultiert. Wir erlauben uns der Ansicht zu sein, dafs ihre Zersetzung die Gefäfsausweitung, welche man im allgemeinen konstatiert, besser erklärt und ebenso den lokalen Bruch durch die Zersetzungsprodukte. Wie immer der Austritt der roten Blutkörperchen ausgelegt wird, dieser Austritt ist einer direkten Wirkung des Giftes auf die Zellen zuzuschreiben und das ist für uns das Wichtige.

läsionen der Dermatitis exfoliativa nähern sich ihnen augenscheinlich), andererseits erinnern sie sich, dafs gewisse Autoren Nervenstörungen des centralen Nervensystems bei Kranken, welche an der Dermatitis exfoliativa gestorben sind, beobachtet haben. Wir werden dieses Argument, welches auch für den Pemphigus vorgebracht wurde, hier nicht besprechen, wir werden es später zur Diskussion bringen.

Indessen ist die Pathologie der Erytheme, in gewissen Fällen komplizierter als wir sie bisher auseinandergesetzt haben, obschon der Mechanismus der Hautalterationen immer derselbe bleibt. Unter den medikamentösen Ausschlägen giebt es solche, wobei man medikamentöse Körper in den Hautläsionen gefunden hat (Brom und Jodkalium, Antipyrin etc.), es giebt welche, die spezifische Charaktere zeigen und die infolgedessen aus einem Prozesse mit medikamentösen Agentien hervorgegangen zu sein scheinen (Antipyrin). Aber diese Dinge sind Ausnahmen. Oft haben die Hautausschläge gar keinen eigentümlichen Charakter, im allgemeinen findet man das Medikament nicht in der Haut; und es sind Fälle bekannt, wo die Hautläsionen fortdauern, wenn die Ausscheidung des Medikamentes (Quecksilber, Jodkalium) durch den Harn völlig beseitigt war. Wie wollte man diese Thatsachen erklären, wenigstens die letzte, ohne anzunehmen, dafs die giftigen Agentien auf dauernde Weise einen bestimmten Teil des Organismus modifiziert haben und dafs infolge eines zu bestimmenden Vorganges die Modifikation dieser Hautregion in die Entwickelung der Hautläsionen eingreift?

Diese Thatsachen konnten früher zu Gunsten einer Alteration des Nervensystems angesprochen werden; aber verbreitet sich die vom giftigen Agens herrührende, in den Organismus eingeführte Alteration notwendig auf das Nervensystem?

Wir haben den Beweis für das Gegenteil gebracht, indem wir gezeigt haben, dafs es in der Duhringschen Dermatose, wo man alle Läsionen der Erytheme, der Bläschen, der Blasen, des Erysipelas, des Erythema nodosum, der Urticaria erkennen kann, Blutalterationen bestehen, welche hauptsächlich die Hautläsionen hervorrufen (6).

Blutalterationen vom gleichen Typus sind die Krankheiten der gleichen Familie (Pemphigus vegetans, Pemphigus foliaceus) eigen. Alle diese Krankheiten werden von einer grofsen Zahl Dermatologen Alterationen des Nervensystems zugeschrieben.

Nun sind diese Blutkrankheiten an eine Alteration der blutbildenden Organe, besonders an das Knochenmark gebunden und diese Alteration kann giftigen Ursprungs sein, weil das Jodkalium sie veranlassen kann, wie wir es bei einem Kranken des Herrn Danlos (6) gesehen haben. Bei diesem Kranken bestanden die Blutalterationen und die Hautalterationen nach der definitiven Entfernung des Jodkaliums fort; dieses giftige Agens

hatte nachhaltig auf das Knochenmark eingewirkt: Die persistente Alteration des letzteren erzeugten durch Vermittelung der Blutalterationen die Hautläsionen.

Da in gewissen Fällen (ohne Zweifel sind es die zahlreichsten) der in den Organismus eingeführte giftige Körper die Läsionen des Erythems nicht direkt veranlafst, welches sind dann die Körper, welche hinzutreten, um die endothelialen Zellen aufzulösen? Man mufs augenscheinlich die Ursachen im Blute gebildeter Substanzen oder alterierten hämatopoïetischen Organen, im besonderen Blutänderungen zuschreiben. Man weifs, wie leicht das Serum einer Tiergattung Purpura etc. erzeugt, wenn man es einem Tiere anderer Gattung injiciert. Bei den Serumarten, deren chemische Zusammensetzung fast gleich scheint, giebt es fundamentale Unterschiede. Durch einen giftigen Körper hervorgerufene Modifikationen können das Serum, worauf jener gewirkt hat, selber angreifend machen, zum mindesten für die endothelio-vasculären Zellen der Haut.

Die Untersuchungen, welche ich über die vom Knochenmark abhängige Duhringsche Krankheit gemacht habe, haben mich zu dem Gedanken geführt, dafs bei Erythemen, der Urticaria inneren Ursprungs, wo man die Blutläsionen nur als Ausnahme beschrieben hat, beständig solche vorhanden sind, dafs die giftigen Agentien, welche fähig sind, Erytheme und die Läsionen gleicher Art hervorzurufen, auf diese oder jene Weise die Struktur des Blutmediums modifizieren müssen und dafs die Zahlveränderung der weifsen Blutkörperchen, besonders diejenigen des leukocytären Gleichgewichts, also die Erscheinung anormaler Formen, es bezeugen müssen. Die Thatsache, die ich schon bekannt gegeben und andere, die ich später veröffentlichen werde, haben mir bis jetzt alles in dieser pathogenetischen Hypothese bestätigt (7).

* * *

Unter den hauptsächlich pruriginösen Hautkrankheiten giebt es eine, welche in ihren Läsionen und ohne Zweifel in ihrem Mechanismus die engste Beziehung mit der Urticaria zeigt; es ist die Prurigo in ihren akuten oder chronischen Formen. Beim Beginne ihrer bekanntesten Form, bei der Prurigo von Hebra, ist die Anwesenheit von urticariellen Pomphien beinahe regelmäfsig. Nun scheint die Anwesenheit von giftigen Agentien in der Cirkulation immer sicherer. Bei den Kindern erkennt man zu Anfang immer eine mangelhafte Ernährungshygiene und die Krankheit läfst sich durch Einführung einer normalen Hygiene heilen. Wenn man den Magensaft der an Prurigo erkrankten Erwachsenen untersucht, bemerkt man bei der chemischen Prüfung immer die Anwesenheit von Magengährung (8) und schon mehrere Autoren haben von Blutläsionen gesprochen, ohne ihre Bedeutung hervorzuheben.

Nun haben die Dermatologen, welche bis jetzt die Wichtigkeit der Vergiftung bei der Entwickelung der Prurigines anerkannten, angenommen, dafs sie vermittelst des Nervensystems auf die Haut einwirken. Alles was wir oben über die durch Einwirkung giftiger Körper auf die Kapillargefäfswände direkt veranlafsten Erytheme geschrieben haben, kann hier wiederholt werden, es läfst sich auf den Hergang bei Hautläsionen der Prurigo anwenden.

Ohne Zweifel zeigt die Anwesenheit eines nervösen Hautphänomens bei Prurigo, wie bei Urticaria und der Duhringschen Hautkrankheit, das Hautjucken nämlich, dafs das Nervensystem bei diesen Affektionen in Mitleidenschaft gezogen ist und es konnte der Pruritus auch als Argument zu Gunsten des nervösen Ursprungs der Hautläsionen betrachtet werden, er kann das noch, wenn man seinen Mechanismus nicht genügend studiert. Wir werden ihm daher einige Zeilen widmen.

Gewisse Autoren scheinen den Pruritus gewöhnlich als vom Gehirn her verursacht zu betrachten, als ob er das Resultat einer Veränderung gewisser sensibler Centren wäre, welche keine andere Ursache, als eine Gleichgewichtsstörung des Gemütes hat. M. Jacquet, dem man bedeutende Forschungen über die Entwickelung der Hautläsionen bei Urticaria verdankt, nimmt den Pruritus als eine primitive Erscheinung an. Die Hautläsionen wären allen traumatischen Verletzungen, Ödem, Kratzen u. s. w. zuzuschreiben, weil die Urticaria-Quaddel sich nicht bildet, wenn man die Haut schützt. Diese Theorie ist, wie wir schon bemerkt haben, auf eine Reihe von pruriginösen Dermatosen (Neurodermie, Neurodermites) ausgedehnt worden.

Man mufs indessen genau untersuchen, ob nicht irgend eine pathologische Erscheinung dem Pruritus vorangeht und ihn erklärt. Bei der Hypothese von giftigen Agentien in der Hautgegend ist nichts leichter: die Agentien reizen die Enden der sensiblen Nervenfäden.[5] Wir haben oben auf die Empfindlichkeit der endothelialen Zellen, der Kapillaren, der fixen Hautzellen und der Lymphzellen angespielt; wir haben nicht vergessen, dafs Nervenfäden in den gereizten Gegenden existieren. Es wäre auffallend, wenn diese Fäden durch giftige Körper nicht reizbar wären; was wir zugeben, das ist, dafs eine Reizung innern oder äufsern Ursprungs auf die centripetalen Leiter wirkt, um auf centrifugalem Wege des motorischen Nervensystems die Läsionen der Erytheme zu veranlassen.[6]

Nehmen wir an, in der Prurigo und in der Urticaria haben die giftigen

---

[5] Es giebt wahrscheinlich gar keinen Pruritus, der auf eine immaterielle Störung der Innervation, eine reine Nervenkrankheit, eine Neurodermie begründet ist. Besnier. Sur la question du prurigo. *Annales de Dermatologie.* 1896, p. 863.

[6] Ähnliche Wirkungen über den Einfluss giftiger Ursachen der Prurigo auf das Blut und die Gefäfswände sind schon von Tommasoli auseinandergesetzt worden.

Agentien in der Circulation die endothelialen Zellen aufgelöst, wie es bei den gewöhnlichen Erythemen geschieht und haben die sensiblen Fäden (daher der Pruritus) gezeigt, aber es sei bei allfällig möglicher Verminderung der intravasculären Pression der Austritt von Blutserum aufserhalb der Kapillaren unbestimmbar gering, so wird man das Fehlen klinisch sichtbarer Läsionen verstehen; es ist mikroskopisch nicht bewiesen, dafs keine existieren.[7] Dann, wenn ein Trauma dazukommt und einen Blutzufluſs verursacht, so wird das Ödem rasch verstärkt und die Läsion wird dem bloſsen Auge erkenntlich. Man erklärt mit dieser Hypothese ohne Schwierigkeit alle Erscheinungen; sie können übrigens in ihren Details modifiziert werden; das Nervensystem erscheint so nicht mehr in diesem ganzen Mechanismus als deus ex machina, der alles, was schwer zu verstehen ist, erklärt.

Die Tendenz aus dem Pruritus ein Symptom mit gewöhnlich centralem Ursprung zu machen, welche zahlreiche Dermatologen gehabt haben, erklärt sich leicht, wenn man unter dem Einfluſs der herrschenden Theorie über den Mechanismus der Erytheme die Sache überlegt. Ein Kranker hat infolge von Magenstörungen Urticaria: wenn man annimmt, dafs die Magenstörung auf das Nervensystem wirkt und die Haut nur durch dessen Vermittelung erreicht, so ist es natürlich, die Empfindungscentren infolge von centripetaler Reizung als Vermittelung und als Ursache des Pruritus zu bezeichnen. Ohne den Pruritus centralen Ursprungs, dessen Existenz in der Pathologie anerkannt ist, zu leugnen, glauben wir, dafs er viel seltener ist, als der Pruritus peripheren Ursprungs, welcher einer giftigen Einwirkung auf die sensitiven Nervenfäden der Haut zuzuschreiben ist; wenn der Pruritus auftritt, so muſs man, glauben wir, zuerst diese Vergiftung aufsuchen.

Es genügt nach den gegebenen Erklärungen über den Mechanismus des Pruritus beizufügen, dafs dieser bei Krankheiten vorkommt, wo das Nervensystem sichtbarlich nichts zu thun hat: man beobachtet ihn bei der Mycosis fungoides, bei Leukämie, bei Lymphadenie und zwar ohne jede makroskopische Hautläsion. Hier ist die Alteration des Blutes zu sicher, als dafs wir ihre Bedeutung bei der Entwickelung des Pruritus besonders zu betonen hätten und es verpflichtet uns in der That nichts, uns bei diesen Krankheiten auf die Einwirkung des alterierten Blutmediums auf das Nervensystem und von diesem auf die Haut zu schützen.

Als Wirkung eines giftigen Reizes verändert sich der Pruritus in seiner Stärke je nach der Nervenempfindlichkeit des kranken Individuums.

---

[7] Man muſs nicht vergessen, dafs eine groſse Zahl von Hautalterationen nicht mit bloſsem Auge erkennbar sind: bei der Prurigo und wie bei anderen Hautalterationen kann der Pruritus den erscheinenden Läsionen einfach vorangehen.

Es ist ganz gleich bei allen Schmerzerscheinungen; indessen soll man nie die Ursache, der sie ihre Entstehung verdanken, vergessen.

Das Fehlen des Pruritus schliefst übrigens die Abwesenheit giftiger Körper in der Haut nicht aus; gewisse giftige Agentien reizen vielleicht die Gefäfszellen, nicht aber die sensitiven Endigungen; in andern Fällen kann das Fehlen des Pruritus der individuellen Verdunkelung der speziellen Sensibilität zuzuschreiben sein.

Wir können die vorausgegangenen Seiten in einige Zeilen zusammenfassen. Durch verschiedene Akte von Vasokonstriktionen des Venensystems und von Gefäfserweiterungen des Arteriensystems kann das Nervensystem Hautanschwellungen, Hyperämie, Hämorrhagie veranlassen, aber im allgemeinen sind ihm die Gefäfsbewegungen, welche den Läsionen bei Erythemen vorangehen und sie erzeugen, nicht zuzuschreiben; sie entstehen durch direkte Einwirkung giftiger Körper auf die endothelialen Zellen der Kapillaren oder durch Einwirkung des durch giftige Körper veränderten Blutserums auf die gleichen Elemente. Das Eingreifen des Nervensystems bei den vasomotorischen Erscheinungen, welche den Erythemen giftigen Ursprungs vorangehen und sie begleiten, ist nur eine unnütze Hypothese.

Der Mechanismus, den wir angegeben haben, läfst sich nicht nur auf die elementaren Erythemen, sondern auch auf die ganze Reihe des Erythema multiforme, auf die vesikulösen, blasenartigen und knotigen Formen, auf die Purpura, auf die Urticaria, auf die Dermatitis exfoliativa und selbst auf die Prurigo anwenden. Was den Pruritus anbetrifft, der bei Hautkrankheiten auftritt, so ist er einfach eine Folge der direkten Einwirkung der giftigen Agentien auf die Nervenendigungen. Es scheint uns richtig, diese Theorie auf eine grofse Zahl von Pruritusarten auszudehnen, wo die Hautläsionen (wenigstens im klinischen Sinne) fehlen können, d. h. von dem urämischen bis zum senilen Pruritus.

* * *

Hier ein Beispiel von Oberflächlichkeit, wie man die Rolle des Nervensystems bei der Bestimmung der Läsionen, welche sich am Anfange derjenigen der Erytheme annähern, übertrieben hat. Man weifs, dafs man gegenwärtig in der Dermatologie unter dem Namen Tuberkuliden (Darier) oder Toxituberkuliden (Hallopeau) Dermatosen, vereinigt, deren Typus uns im erythematösen Lupus gegeben ist und welchen man auf den Einfluss tuberkulöser Gifte zurückführt, da man den Bacillus nicht in den Hautläsionen zeigen konnte, welche übrigens eine ganz andere Struktur besitzen, als die lupösen bacillären Granulationen. Am Anfange erinnern die Eigenschaften dieser Tuberkuliden an diejenigen der Erytheme im allgemeinen. Später entwickeln sich schwere Oberhaut- und Lederhaut-

läsionen und die Histologie hebt in sehr charakteristischen Formen Läsionen weiter Gefäfse hervor.

Die Theorie ist im Auslande von Professor Boeck formuliert worden. Wie M. Hallopeau, ordnet M. Boeck diese Erscheinung dem Tuberkelgift unter. Aber die klassische Theorie nimmt zwischen der Einwirkung irgend eines giftigen Agens und einer erythemen Läsion eine intermediäre Alteration des Nervensystems an. Infolgedessen erklärt Boeck die Alteration bei Tuberkuliden als abhängig von einer Nervenstörung. Er will mit dieser Hypothese auch sagen, dafs diese Störung ganz genau unterscheidbare Läsionen veranlassen kann und zwar diejenigen der Tuberkuliden, Läsionen, die klinisch leicht von allen andern Dermatosen zu unterscheiden sind, ferner die Arterienentzündung und die Venenentzündung, welche man bei diesen Tuberkuliden beobachtet; mehr noch, eine ganz spezielle Entwickelung, welche mit der Atrophie mit der partiellen Vernarbung endet. Von da aus müfste man anerkennen, dafs bei den Tuberkuliden eine rein funktionelle Alteration des Nervensystems die Hautreaktionen veranlafst, welche die Natur des giftigen Körpers, der auf das Nervensystem eingewirkt hat, erkennen lassen.

Wir wollen nicht auf die Widersprüche, die Schwierigkeiten, die Unklarheiten dieser Theorie eintreten, sie scheinen uns auffallend genug. Wenn Tuberkelgifte die Tuberkuliden veranlassen, so können sie nicht anders, als in direkter Weise auf die Haut einwirken. Und hier beschränkt sich die Alteration nicht auf die Kapillaren, wie bei den Erythemen, sondern sie breitet sich auf die Blutgefäfse, Arterien und Venen aus.

VII.

Pathogenie der trophoneurotischen Dermatosen.

Unter den Argumenten, welche Leloir zu Gunsten des nervösen Ursprungs dieser oder jener Hautläsionen gab, ist das bedeutendste das Vorhandensein von centralnervösen oder peripheren Nervenläsionen in Verbindung mit Hautläsionen; nach Leloir ist z. B. die nervöse Natur des Herpes, welche aufrecht erhalten wurde von Leudet, Auspitz, Mauriac, nicht erwiesen bei Mangel anatomo-pathologischer Beweise. Der nervöse Ursprung ist hier nicht mehr, wie in den Fällen, wo das Erythem die Hautverletzung bildet, einfach auf eine Verallgemeinerung der Entdeckung Claude Bernards auf die Verursachung des Erythems bei Durchschneiden des Sympathicus gestützt; er stützt sich auf anatomische Thatsachen, welche mit genügender Sorgfalt in einer grofsen Zahl von Fällen studiert worden sind.

Aber hier können wir noch einmal den Leichtsinn hervorheben, mit dem sich die Parteigänger der dermato-nervösen Theorie zur Verallgemeinerung und zur gültigen Annahme von Demonstrationen verleiten liefsen,

welche sich sofort als ungenügend erweisen, wenn man sie einer gedrängten Untersuchung unterwirft.

Bei einer Hautläsion konstatiert man Alterationen der peripheren in der Haut oder aufser ihr liegender Nerven oder des centralen Nervensystems: Es sind a priori mehrere Hypothesen zur Erklärung dieses Zusammentreffens möglich, also nicht nur eine einzige, die die Hautläsionen in allen Fällen von der Nervenläsion abhängig macht. In jedem besondern Falle soll Alles besprochen werden. Diese Hypothesen sind folgende:

a) Die Hautläsion ist die Ursache der Nervenläsion.

b) Die Hautläsion und die Nervenläsion sind unabhängig und entstehen entweder aus einer gemeinsamen Ursache oder gar aus verschiedenen Ursachen und endlich

c) Die Nervenläsion ist die Ursache der Hautläsion. Letzteres nehmen Leloir und Schwimmer und die andern Dermatologen, die sich an ihre Theorie angeschlossen haben, beinahe immer an.

1. Die Hautläsion ist die Ursache der Nervenläsion. Wir haben uns hier nicht mit der aufsteigenden Nevritis infolge von äufsern Hautwunden zu beschäftigen, denn wir beschränken uns in unserer Studie auf die Hautkrankheiten. Nun läfst sich die Beziehung zwischen Ursache und Wirkung zwischen den Hautläsionen und Nervenläsionen selten beobachten. Vielleicht mit Hülfe neuer und feinerer technischer Mittel, als wie sie uns gegenwärtig zur Verfügung stehen, wird man jetzt noch unbekannte Alterationen der in der Haut liegenden Nervenfäden entdecken; aber wenn man sie beim Lupus, in den Syphiliden zum Beispiel, entdeckt, glaube man sich nicht berechtigt, daraus den nervösen Ursprung dieser Läsionen abzuleiten. Das Gleiche gilt, wenn kein anderer gültiger Beweis für den nervösen Ursprung erbracht wird, als der von der Läsion peripherer Nervenfäden.

Unter den Argumenten, welche man zu Gunsten des nervösen Ursprungs der Sklerodermie gegeben hat, figuriert die Läsion der peripheren Nerven. Nun kann diese Läsion von einer Ursache, welche andererseits die Hautläsionen veranlafst, herrühren und es gibt gewisse Fälle, wo sie solchen zuzuschreiben sind. Darier hat dazu den Beweis geliefert, indem er in einem Falle von Sklerodermie die Anwesenheit von nervösen, ausschliefslich in der Haut auftretenden Läsionen beobachtet hat, die verschwanden, sobald der Nerv aus der sklerösen Stelle heraus war.

2. Die Hautläsionen und die Nervenläsionen sind unabhängig. Es gibt eine Hautkrankheit, bei der man oft medullare Läsionen getroffen hat. Es ist der Pemphigus foliaceus. Sie sind von Schwimmer, von Petrini de Galatz und anderen beobachtet worden, aber es gibt Fälle, wo gar keine Läsion angetroffen wurde und die Läsionen, die in

einem Falle beobachtet wurden, sind nicht dieselben, die man in andern Fällen beobachtet hat.

Der Pemphigus foliaceus ist eine langwierige, mit krankheitfördernden Anlagen verbundene Krankheit. Sie wird von schweren Blutalterationen (Eosinophilie, Anwesenheit von anormalen Zellen osteomedullaren Ursprungs, Hypochromie, Hypoglobulie) begleitet und diese Läsionen sind einer Knochenmarkalteration zuzuschreiben, welche sich klinisch durch die Osteomalacie übertragen läfst. Diese Krankheit scheint einer Gruppe anzugehören, für die die DUHRINGsche Dermatose als Typus gilt.

Ist es nicht natürlich zu denken, dafs die unbeständigen, schlecht bestimmten Alterationen des Rückenmarks im Pemphigus foliaceus, das Resultat von Blutläsionen sind, die andererseits die Hautläsionen veranlassen? Diese Blutläsionen wirken auf andere Teile, als die Haut und das Nervensystem. In der DUHRINGschen Krankheit erzeugen sie eine Reihe von Fällen, deren kaum begonnenes Studium äufserst interessant ist. Eingeweidekrankheiten, Nierenkrankeiten (Albuminurie ist häufig); die Analyse des Urins läfst bedeutende Ernährungsstörungen erkennen. Bei Frauen, welche von der DUHRINGschen Krankheit während der Schwangerschaft (Herpes gestationis) ergriffen werden, ist der Tod des Foetus oder des Kindes kurz nach seiner Geburt Regel, was CH. PERRIN festgestellt hat. In alldem sieht man kaum eine Wirkung des Nervensystems.

Der Tod infolge der DUHRINGschen Krankheit ist ziemlich selten; meines Wissens besteht keine Untersuchung, wo man, wie beim Pemphigus foliaceus bedeutende Läsionen der Spinalaxe gezeigt hätte. Aber die nervösen Symptome sind dabei die Regel und ihre Bedeutung ist von BROCQ hervorgehoben worden. Es bestehen aufser dem Pruritus, den wir oben als ein nervöses Symptom peripheren Ursprungs erklärt haben, auch Störungen, welche centralen Ursprungs sein können: sie lassen sich auf natürliche Weise durch die Einwirkung von Blutänderungen auf das Nervensystem erklären. Auch scheint es uns annehmbar die Rückenmarkläsionen des Pemphigus foliaceus anders zu erklären, als die Autoren, die sie beobachtet haben; die Hautläsionen und die Nervenläsionen rühren von der gleichen Ursache her.

Die Flecken der anästhesischen Lepra, welche früher den leprösen Läsionen der Nerven zugeschrieben wurden, liefern uns ein Beispiel eines ähnlichen Vorganges. DARIER hat bewiesen, dafs man bei den Hautveränderungen immer Bacillen entdeckt; jene sind also unabhängig von den nervösen Alterationen, wie z. B. des Pemphigus foliaceus. Wir werden später auf diese Fragen der Krankheitsentwickelung der Lepriden zurückkommen.

Aber es giebt Fälle, wo die Nervenläsionen unabhängig sind von den Hautläsionen und auf etwas ganz anderes zurückzuführen sind, als

diejenigen der Dermatosen, bei denen man sie treffen kann. Man findet häufig bei den Greisen, in Fällen, wo die Haut vollkommen gesund ist, oder wenigstens nur die gewöhnliche Alteration der senilen Haut zeigt, Nerven oder Cylinderaxen in gröfserer oder geringerer Zahl, die ihre myeline Scheide verloren haben (A. Gombault); man ist nicht berechtigt, wenn man bei den Läsionen einer Dermatose derart modifizierte Nerven findet, sie den Nervenalterationen zuzuschreiben, wenigstens bei den Greisen nicht. In vielen Fällen, wo man das Verschwinden der Myeline der Hautnerven bemerkt hat, ist diese Einwirkung berechtigt.

3. Die nervöse Läsion ist die Ursache der Hautläsion. Es giebt zwar Fälle, wo man Beziehungen von Ursache und Wirkung zwischen Nervenläsionen und Hautläsionen annehmen kann; aber soll man deswegen, weil Hautläsionen nach Nervenläsionen sich entwickeln können, glauben, dafs sie direkt daraus hervorgehen und dafs folglich die Krankheiten, welchen sie angehören, nervösen Ursprungs seien? Kann nicht eine vermittelnde Ursache existieren, welche die Hautläsionen infolge von nervösen Alterationen, die die Einwirkung zulassen, erzeugt, eine konstante Ursache, die auch wirklich diejenige der Läsionen sein würde im Sinne, den wir diesem Worte oben gegeben haben?

In der That können von den Hautläsionen, welche nach einer nervösen Alteration eingetreten sind und besonders von denjenigen, welche sich auch bei Abwesenheit dieser Alterationen bilden, eine grofse Zahl parasitischen Ursprungs sein. In jedem Falle soll die Hypothese des Parasitismus aufgeworfen und bewiesen oder verworfen werden. Einige sind im gewissen Mafse traumatischen Ursprungs.

* * *

Vom physiologischen Gesichtspunkte aus ist heute das Gebiet der trophischen Störungen der Haut weniger umfangreich, als es nach den Forschungen von Charcot, Vulpian und Weir Mitchell war. Einerseits spielen die äufsern Traumen beim Menschen wie beim Tiere eine beträchliche Rolle in der Veranlagung „trophischer Läsionen", welche an Nervenentzündungen gebunden sind. Diese Rolle ist besonders von Jacquet erläutert worden. Dieser hat ihre Wichtigkeit beim Auftreten vasomotorischer Störungen und die Übertreibung gewisser Hautläsionen schon ins helle Licht gestellt. Jacquet veranlafst eine Nervenentzündung durch Injektion von Crotonöl in die Ischiasnerven eines Hundes, dabei schützt er nur eines der beiden Hinterglieder mit einer wattierten Hülle, am Ende von zwei Monaten ist nur auf der nicht geschützten Seite eine bedeutende Hautverletzung vorhanden, obwohl die nervösen Läsionen auf beiden Seiten gleich sind.[8]

[8] Jacquet cité par E. Besnier. Sur la question du prurigo. (*Ann. de Derm.* 1896.)

Was heifst das, wenn nicht, dafs die Hautveränderungen, obwohl sie eine anfänglich nervöse Ursache haben, nicht direkt nervösen Ursprungs sind, dafs sie den Traumen zuzuschreiben sind, welche auf die in ihrer Lebensfähigkeit und Wiederstandskraft modifizierten Regionen einwirken? Übrigens sind diese Läsionen bemerkenswert wegen ihres gewöhnlichen Auftretens; sie kommen beim Menschen ohne jede nervöse Wirkung vor, mit Ausnahme gewisser Alterationen, wie der Glossyskin, welche den Nervenentzündungen eigentümlich zugehören.

Es giebt also beim Menschen unter den Läsionen, welche den Nervenentzündungen folgen, solche, welche bei einer pathogenetischen Klassifikation der Dermatosen als das Resultat dieser traumatischen Einwirkungen betrachtet werden sollen, indem sie sich leicht entwickeln und ihre Charaktere bei den Geweben zur Geltung bringen, deren vitale Widerstandskraft verringert ist. Das Erythem, welches sich an gedrückten Stellen entwickelt, wie auch die Escharen, sind nicht einfache trophische Störungen, da die trophische Störung nicht genügt, um sie in den Regionen, wo die Wirkung äufserer Ursachen aufgehoben ist, zu veranlassen. Ebenso ist das Erythem der Pellagrösen nicht ein Erythem nervösen Ursprungs, sondern ein von der Sonne erzeugtes Erythem, dessen Stärke und Beständigkeit an die Nervenalterationen gebunden sind.

Andererseits mufs man den Infektionen, welche sich in Regionen, deren nervöse Funktionen modifiziert sind, entwickeln, eine wichtige Rolle zugestehen.

Wenn man nach Durchschneiden des Drillingsnervs bei den Kaninchen (Samuel) die Eiterung des Auges beobachtet, so nimmt man nicht mehr an, wie man es anfänglich machte, dafs die Eiterung direkt der nervösen Störung zuzuschreiben sei. Es ist selbst unnötig, hier das Experiment von Snellen herbeizuziehen, welchem es gelungen ist, die Augeneiterung beim Kaninchen zu verhindern, indem er ganz einfach das Ohr vor das Auge herunterheftete. Wir wissen heute sehr gut, dafs in diesem besonderen Falle die Eiterung mikrobischen Ursprungs ist und dafs die Einwirkung des Nervensystems, ein noch dunkler Vorgang, die Eiterung indirekter Weise hervorruft, indem sie, um einen vagen Ausdruck zur Bezeichnung zu gebrauchen, die Vitalität der Augengewebe modifiziert.

Seit 1880 hat man den Einflufs der Infektionen, welche nach den Nervenentzündungen eintreten, anerkannt. In der Liste dieser Läsionen, welche wir auf den ersten Seiten dieser Arbeit aufzählten, haben wir gesehen, dafs M. Babinski unter sie das Erythem und die Furunkel befafst, aber er sagt: „das Erythem und die Furunkel sind unbestreitbar durch Mikrobien verursacht, welche, dank der trophischen Alteration der Haut, die durch Nervenläsionen hervorgerufen werden, mit grofser

Leichtigkeit vegetieren und ihre krankhafte Einwirkung haben ausüben helfen."

Indessen nahm LELOIR 1882, wie wir ebenfalls gesehen haben, an, dafs anatomische Thatsachen den Beweis vom nervösen Ursprunge gewisser Ausbrüche von Erythema liefern.

Hier noch ein Beispiel, welches zeigt, wie viel leichter die äufseren Hautregionen, deren Widerstandskraft geschwächt ist, den mikrobischen Infektionen ausgesetzt sind, als die andern. Man weifs, wie leicht sich die Panaris auf den Händen der mit Syringomyelie behafteten, besonders bei dem Typus von MORVAN, entwickelt. Nun hat JEANSELME, dem wir eine wichtige Studie über diese Panaris verdanken, ähnliche bei der Lepra beobachtet, sie entstehen beinahe ausschliefslich bei Individuen, die sich Handarbeiten hingeben. Der Eiter enthält die gewöhnlichen Mikrobien der Suppuration. Heute scheint es uns selbstverständlich, dafs der Beweis, welchen BABINSKI auf die Furunkel und auf das Erythema, das nach nervösen Verwundungen eintritt, angewendet hat, ebenfalls auf die Panaris der Syringomyelie oder der Lepra angewendet werden mufs. Das ist die Idee, welche aus der Arbeit von JEANSELME (9) hervorgeht.

Indessen nahm man ebenfalls die Existenz der Panaris und der Umlaufe nervösen Ursprungs an (QUINQUAUD, FOURNIER, LELOIR).

Kann man nicht denken, dafs andere Hautläsionen, deren mikrobische Natur unbekannt ist, weil sie nicht eiterartig sind, weil ihre Bacillen nicht isoliert und nicht experimentell produziert werden konnten, sich nach einem analogen Mechanismus zu entwickeln vermögen, wie derjenige bei der Panaris ist, welche auf Nervenentzündungen folgen, d. h. infolge der Verminderung der Widerstandsfähigkeit der Haut bei Anwesenheit von parasitischen Agentien, welche gewöhnlich und häufig an ihrer Oberfläche leben ohne eine Krankheit zu veranlassen?

Der rein nervöse Ursprung der Blasen, welche nach nervösen Läsionen auf der Haut erscheinen, konnte ehemals ohne Diskussion angenommen werden, nicht nur ätiologischer Erscheinungen wegen, sondern auch weil man den wirklichen Ursprung der Dermatosengruppe, unter dem WILLANschen Ausdruck Pemphigus gefafst, nicht kannte.

Nun verstehen wir heute unter diesen Dermatosen solche, welche giftigen Ursprungs sind, wie der Pemphigus foliaceus, der Pemphigus vegetans, die DUHRINGsche Dermatose und andere parasitärer Herkunft.

Besonders besteht beim neugeborenen Kinde eine blasenbildende Infektion, der akute, epidemische Pemphigus. Diese Infektion zeigt unleugbar den parasitischen Ursprung gewisser als Pemphigus qualifizierter Krankheiten.

Andererseits hat UNNA unter dem Namen streptogener Impetigo blasige Läsionen der Hände als parasitischen Ursprungs beschrieben, welche von Medizinern, die in der Dermatologie nicht bewandert sind, in gewöhnlicher Weise mit dem Ausdruck Pemphigus bezeichnet werden.

Wir sind viel eher geneigt in Bezug auf das Ekzem, welches sich nach Nervenläsionen entwickelt, uns affirmativ zu verhalten. Dieses Ekzem ist sehr selten; ohne Zweifel konnte man früher nach dem Beispiele LELOIRS denken, dafs gewisse Ekzeme nervösen Ursprungs sind und andere nicht: das ist ein bequemes Mittel, sich mit den Schwierigkeiten abzufinden, aber der Fortschritt in der Dermatologie zeigt mehr und mehr, dafs das Ekzem eine eindeutige Krankheit oder eine Gruppe von Krankheiten mit einer gemeinsamen Ätiologie ist. Nun, wenn man annimmt, dafs eine grofse Zahl von Argumenten zu Gunsten der parasitischen Theorie des Ekzems herausfordern, so wird man natürlich darauf geführt, zu glauben, dafs die Parasiten die Ekzematisation nach nervösen Alterationen des Hautbodens, wie nach anderen Alterationen äufseren oder inneren Ursprungs hervorbringen können.[9]

Wir können noch eine Krankheit citieren, wo für gewisse Autoren die nervösen Läsionen die Rolle des Urhebers spielen.

Das variköse Ulcus wird im allgemeinen als eine Eiterung trophischen Ursprungs betrachtet, wo nicht nur die Gefäfsläsionen hinzutreten, sondern auch nervöse Läsionen, welche aufserordentlich häufig sind und sich durch klinische Phänomene, wie Anästhesie übertragen lassen. Vielleicht sind diese nervösen Läsionen ursprünglich und gehen der Entwickelung des varikösen Ulcus voran.

Der Mechanismus des varikösen Ulcus scheint heute sehr bekannt zu sein; wir können jedoch zeigen, dafs man einem wichtigen Faktor nicht genügend Rechnung getragen hat: es ist der Parasitismus, welcher nach unserer Auffassung die Läsionen zu veranlassen scheint.[10]

In einem Artikel über diese Frage hat RECLUS (10), nachdem er sich über die vorausgehenden und mitverlaufenden Läsionen und über den konstitutionellen Zustand der Krankheit verbreitet hat, einfach bemerkt, dafs bei den Varikösen, deren Cirkulations- und Nervensystem auf dem Niveau der unteren Glieder angegriffen sind, die geringste Verletzung, die geringste Wunde, die geringste Entzündung die Eiterung der Beine hervorruft.

---

[9] Was die Anwesenheit nervöser Läsionen bei der ekzematischen Haut anbetrifft, die von COLOMIATTI, MARCACCI, LELOIR (ubi supra) beobachtet wurde, so scheint das hier ganz aufsergewöhnlich und ein einfacher Zufall zu sein, der besonders den senilen Alterationen zuzuschreiben ist.

[10] Es sollte folglich bei einer Klassifikation der Dermatosen das variköse Ulcus als Parasitenkrankheit der Haut eingereiht werden.

Nun läfst sich der Mechanismus des varikösen Ulcus auf diese Weise nicht vollständig erklären. Um das Ulcus herum konstatiert man häufig eine rote ödematöse Zone, auf deren Höhe mehrere Autoren, JEANSELME besonders, eine Wärmesteigerung bemerkt haben. Dieser Entzündungszustand darf nicht verkannt werden: Ist er trophischen, ist er im besonderen nervösen Ursprungs?

Wir haben in dem Spital Saint-Louis den Hergang studiert, nach welchem sich die varikösen Eiterungen entwickeln und wir geben hier, was wir feststellen konnten.

Oft tritt das Ulcus nach einer Pustel des Ecthyma auf. Diese wird nicht geheilt, der rote Hof, welcher jede Pustel dieser Art normalerweise umgiebt, breitet sich auf eine weite Distanz aus. Ist die Pustel offen, so bemerkt man ein flaches Ulcus; es heilt nicht und wird nach und nach gröfser; gleichzeitig vergröfsert sich die hyperämische Zone und zeigt alle charakteristischen Zeichen einer Lymphgefäfsentzündung; diese dehnt sich von dieser Zeit an bisweilen bis gegen die Wurzel des Gliedes aus.

Unter den Kranken, welche man gewöhnlich von dem varikösen Ekzem befallen glaubt, ist thatsächlich eine grofse Zahl, welche eine chronische Lymphgefäfsentzündung haben, die bisweilen die ekzematische Alteration an der Oberfläche begleitet, bisweilen ihr folgt. Dann tritt die Wunde weit über die ekzematische Region hinaus; in einigen Fällen übrigens sind die Läsionen des Ekzems unbedeutend und zum grofsen Teil den Wundverbindungen zuzuschreiben.

Fügen wir noch hinzu, dafs im Verlaufe des varikösen Ulcus lymphangitische Stöfse auf das untere Glied gar nicht selten sind. Bei dreifsig Fällen von Ulcus und varikösen Ekzemen, von JEANSELME gesammelt, sind in achtundzwanzig Fällen mehr oder weniger starke lymphatische Komplikationen aufgetreten. Erinnern wir nur an die Häufigkeit der inguinalen Adenopathien, wobei die Krankheit bisweilen mit der Elephantiasis endet; man weifs heute, dafs die erworbene Elephantiasis parasitischer Natur und dafs die einheimische dem Streptococcus zuzuschreiben ist (SABOURAUD).

In Summa sind alle Läsionen, welche wir erwähnt haben, unter die Infektionen mit Streptokokken einzureihen. Es ist möglich, dafs dieser Parasit die anfänglichen und die wichtigsten Läsionen der Periode des varikösen Ulcuszustandes veranlafst: Wir haben uns nicht über die Natur des Parasiten, der auf bakteriologischem Wege bestimmt werden soll, auszubreiten, wir halten nur fest, dafs eine grofse Zahl Thatsachen die Rolle der Infektionen in der Pathogenie des varikösen Ulcus hervorheben.

Kann man uns beschuldigen, die grofse Rolle der nervösen und venösen Läsionen zu leugnen? Es heifst nicht ihre Bedeutung herabzusetzen, wenn man zu zeigen sucht, auf welche Weise sie wirken. Anstatt

die Bildung und die Entwickelung des Ulcus dem Nervensystem zuzuteilen, etwa einer Läsion der peripheren Nerven, welche direkt auf die Haut einwirken, ist es richtiger, wie es uns scheint, sie einem mikrobischen Agens zuzuschreiben, welches die äufsere, schlecht verteidigte Haut angreift, sei es infolge von ungenügender Nerventhätigkeit, sei es infolge mangelhafter Cirkulation. Wir würden das variköse Ulcus gerne als ein riesiges Ekthyma betrachten, welches vielleicht vom Streptococcus herrührt, aber anderen Infektionsagentien beigesellt ist, die besonders vernichtende Eigenschaften annehmen, weil sie alterierte Regionen besetzen, welche sich gegen die Parasiten, die die Tegumente durchbrochen haben, nicht mehr verteidigen.

Der Plan dieser Arbeit und der Zweck, den wir verfolgen, sind oben genügend angegeben worden. Wir wollen nicht auf die Pathogenie aller Hautkrankheiten, die einer nervösen Alteration zugeschrieben wurden, eingehen, wir wollten nur den Wert der Argumente feststellen, welche man gewöhnlich zur Begründung des trophoneurotischen Ursprungs dieser oder jener Dermatose gegeben hat und noch giebt. Je mehr man in den Mechanismus der Hautkrankheiten eindringt, um so schwerer verständlich wird die direkte Einwirkung des Nervensystems auf die Läsionen der Haut, besonders bei denen, die eine Entwickelung haben, bei den wirklichen Hautkrankheiten. Dagegen wird die Einwirkung anderer Ursachen, die mikrobischen Alterationen, die Blutalterationen, mehr und mehr wahrscheinlich, sogar bei Krankheiten, wo man sie noch nicht streng wissenschaftlich beweisen kann. Innerhalb zwanzig Jahren hat sich die Pathogenie der Hautkrankheiten absolut umgeformt: Die kurze Geschichte der auf die tegumentäre Lepra angewendeten Theorien ist geeignet, in einem besonderen Gebiete zu zeigen, wie die Einwirkung des Nervensystems nach und nach auf enge und engere Grenzen eingeschränkt worden ist.

* * *

Nach der Virchowschen Entdeckung der konstanten Nervenentzündung bei den Leprakranken, nach der Danielssenschen und Boeckschen Entdeckung von der Möglichkeit von Rückenmarkläsionen bei diesen Kranken, hat man geglaubt, eine Nerventheorie für die Krankheit aufstellen zu können. Aber im Momente, wo die nervösen Läsionen von Déjerine und Leloir (11) genau studiert wurden, kamen Hansen und Neisser und entdeckten den Bacillus der Lepra und Leloir glaubte, nach einem Artikel des *Dictionnaire* von Jaccoud, welcher den Trophoneurosen gewidmet war, gar keine Entwickelungstheorie der Krankheit aufstellen zu können. Er giebt zu, dafs man die Läsionen interpretieren könnte, wenn man eine Einwirkung des Giftstoffes auf die verschiedenen

Teile des Nervensystems annähme, aber diese Theorie scheint ihm die Bestätigung erst abzuwarten.

Als der Bacillus in grofser Menge von HANSEN in den Hautläsionen der tuberkulösen Lepra entdeckt worden war, wurde angenommen, dafs die Läsionen der lokalen Wirkung des Parasiten zuzuschreiben seien, aber dieser befand sich nicht bei den Hautläsionen der anästhetischen Lepra. LELOIR gab dieser Form der Krankheit den Namen systematisierte nervöse oder trophoneurotische Lepra, da sich die Bacillen nur im Nervensystem vorfanden (ARNING, CORNIL und BABÈS), und daher die Hautläsionen aus nervösen Alterationen hervorgingen.

Diese Theorie fand sich in Übereinstimmung mit den histologischen Thatsachen und wurde während einer langen Zeitperiode als richtig angenommen, sie ist noch klassisch, zeigt jedoch Unklarheiten, die zu beseitigen sind, bleibt aufserdem der Mechanismus der Läsionen dunkel. Wie kann man den specifischen Charakter der Läsionen erklären? Wie soll man es verstehen, dafs die Läsion eines peripheren Nervs trophische Hautläsionen veranlafst, andere nämlich als die gewöhnlichen, Läsionen, welche an sich den Stempel des mikrobischen Agens tragen, das die ursächlichen Läsionen veranlafst? Eine beliebige Nervenentzündung mikrobischen Ursprungs bringe Hautläsionen hervor: diese Läsionen werden durch ihre charakteristischen Merkmale niemals erlauben, die Art der Mikrobien zu erkennen, welche sie indirekt veranlafst haben.

Eine Mitteilung von DARIER (12) hat im Gegensatz zu dem, was man früher glaubte, gezeigt, dafs die leprösen Bacillen beständig in den erythematopigmentären Flecken der anästhesischen Lepra (Neurolepriden) und sogar in den von jeder Infiltration ausgeschlossenen, vorhanden sind, d. h. in Flecken, welche man unmöglich mit den Lepromen der tuberkulösen Lepra indentifizieren kann. Wie DARIER bemerkt hat, ändert diese Thatsache die Art, auf welche man den Mechanismus der Hautläsionen auffassen soll, vollständig.

Kurz, zu Anfang der anatomo-pathologischen Forschung über die Lepra hat man die Neigung zu glauben, dafs diese Krankheit eine Nervenkrankheit sei; aber da der Bacillus entdeckt ist, betrachtet man noch diejenigen Hautläsionen als nervösen, trophoneurotischen Ursprungs, bei denen man keine Bacillen findet, obschon diese Läsionen einen spezifischen Charakter tragen; endlich findet man den Bacillus in diesen Läsionen selber. UNNA nimmt die Existenz von Neurolepriden noch aufserhalb der Läsionen an, was DARIER bacillären Ursprungs bewiesen hat. Aber die Zahl der Neurolepriden wird äufserst beschränkt und ihr nervöser Ursprung ist auf Beweise gegründet, die nicht sicherer sind, als diejenigen der andern Formen der trophoneurotischen Lepra. Und heute kann man sich fragen, ob, aufser solchen Läsionen, die identisch sind mit denjenigen,

welche unstreitig die andern Neuritiden hervorbringen, Läsionen also ohne jeden spezifischen Charakter, es bei den Leprakranken wirklich Alterationen nervösen Ursprungs gibt.

Wir wollen für jetzt diese kritische Studie nicht mehr weiter führen. Nach unserer Ansicht kann bei den auf die äufsere Haut, wenigstens dem Anscheine nach beschränkten Krankheiten, wie bei der Lepra, jede eigenartige, unterscheidbare und besondere Läsion nicht als nervösen Ursprungs angesehen werden, ohne die genauesten Beweise, und es sind beinahe alle, welche man zur Begründung der allgemeinen Doktrin von den Trophoneurosen und den Dermatoneurosen geliefert hat, ungenügend. Die pathogene Rolle des Nervensystems mufs in der Dermatologie anders aufgefafst werden, als man es bis jetzt gethan hat; die äufsere Haut ist vielfachen Krankheitsursachen ausgesetzt, in deren Einzelheiten wir mehr und mehr eindringen werden, vorausgesetzt, dafs wir gar keine exklusive Theorie annehmen und dem Nervensystem im besondern nicht das Vorrecht einräumen, die Dermatosen zu verursachen.

Büchernachweis.

1. *Traité de Médecine de Charcot Bouchard.* Tome VI. Des névrites.
2. *Manuel de Médecine de Debove Achard.* Tome VI. Des névrites.
3. Leredde. *L'eczéma, maladie parasitaire.* Paris, Masson, 1898.
4. Kromayer. *Allgemeine Dermatologie.*
5. Besnier. Pathologie des érythèmes. *Annales de Dermatologie,* 1890.
6. Leredde. Une hématodermite toxique. *Presse Médicale,* 1898.
7. Leredde. Lésions sanguines dans les érythèmes. *Société de biologie,* 1899.
8. A. Robin et Leredde. Académie de Médecine 1899.
9. Jeanselme. Syndrome de Morvan. Syringomyélie et lèpre. *Soc. méd. des hôpitaux,* 1897.
10. Reclus. Varices. *Traité de Chirurgie de Duplay et Reclus.*
11. Déjerine et Leloir. *Arch. de physiologie,* 1881.
12. Darier. Conférence internationale de la lèpre. Berlin, 1897.

Aus der Praxis.

Gynokardseife gegen Lepra.

Von

P. G. Unna.

Bis jetzt ist von den Mitteln, welche innerlich gegen Lepra mit Erfolg gegeben werden, das Chaulmoograöl immer noch das wirksamste. Seiner Anwendung im grofsen und in allen Fällen stand aber seine Nebenwirkung auf den Magen und Darm hindernd im Wege. Von zehn Patienten vertrug nur etwa einer die notwendigen grofsen Dosen bei kontinuierlicher Anwendung. In diesen vom Glück begünstigten Fällen war denn aber auch ein heilsamer Einfluſs auf die Hautlepra — weniger auf die Nervenlepra — unverkennbar. Es hat nun nicht an Versuchen gefehlt, dieses Mittel dem Körper verträglicher zu machen. Ich gab das wirksame Prinzip des Öles, die Gynokardsäure, rein in Pillenform mit und ohne Keratinüberzug, sodann das Öl in keratinierten Pillen und Kapseln — der Erfolg war stets der gleiche: nach einigen Wochen nötigte Dyspepsie zum Aussetzen des Mittels, dessen Wirksamkeit dann durch die Diskontinuität der Darreichung und Herabsetzung der Dosis aufgehoben wurde.

Nachdem ich den Fettkörper des Leprabacillus entdeckt und im kaustischen Kalium äufserlich das wirksamste Antileprosum gefunden hatte, entschloſs ich mich in der Folge auch zur innerlichen Darreichung eines starken Alkalis bei der Lepra, wählte aber aus begreiflichen Gründen hierzu das Natron. Um jedoch gleichzeitig die erprobte Wirkung der Gynokardsäure nicht entbehren zu müssen und in der Hoffnung, deren stark reizende Nebenwirkung vielleicht dadurch abzuschwächen, lieſs ich durch die Schwanapotheke (Mielck) aus dem ganzen Öl — nicht aus der reinen Säure — eine Natronseife und aus dieser keratinierte Fettpillen herstellen.

Die Pillen sind sehr voluminös, lassen sich aber gut nehmen und haben sich in einer ausgedehnten zweijährigen Anwendung bei hier und auswärts lebenden Patienten, die zum Teil 4000—6000 Pillen genommen haben, durchaus bewährt. Bei der gewöhnlichen, dauernd genommenen Tagesdosis von zehn Pillen hat sich nie irgend eine Form von Dyspepsie eingestellt und die Pillen sind, wie die tägliche Inspektion des Stuhlgangs lehrte, regelmäſsig im Dünndarm verdaut worden. Um diesen letzten Punkt in jeder Richtung sicher zu stellen, hat Herr Dr. Runge von der

Schwanapotheke mit den Gynokardseifenpillen eine gröfsere Reihe von Verdauungsversuchen angestellt, welche eine absolute Unlöslichkeit im sauren Magensaft und eine leichte und vollständige Verdaulichkeit im Pankreassaft ergaben.

Wir besitzen jetzt mithin in den keratinierten Gynokardseifenpillen eine Form der Darreichung des Chaulmoograöles, die vollständig unschädlich und für eine kontinuierliche Behandlung sehr geeignet ist.

Sapo gynocardiae.

1000,0 Ol. gynocardiae werden auf dem Dampfbade in einer Porzellanschale mit einer Lauge aus 175,0 Natr. caustic. und 750,0 Aq. dest. so lange erhitzt bis ein durchsichtiger Seifenleim entstanden ist, der in verd. Spiritus klar löslich ist. Diesem werden dann 2500,0 Aq. dest. zugefügt; die Lösung der Seife wird dann auf offenem Feuer bis fast zum Sieden erhitzt, mit einer Lösung von 300,0 Natr. chlorat. in 900,0 Aq. dest. versetzt und nun bis zum Aufkochen weiter erwärmt. Alsdann läfst man erkalten, hebt den Seifenkuchen von der Lauge ab und spült denselben gut mit Wasser ab. Schliefslich befreit man ihn durch Abpressen von der anhaftenden Feuchtigkeit.

Ausbeute ca. 1400—1500 g.

Pil. Saponis gynocardiae.

Natr. gynocardae	300,0
Aq. dest.	200,0
Solve i. balneo vaporis; tum adde	
Massae Sebi pro pilulis keratinatis	200,0[1]
Terr. silic.	100,0.

M. f. mass. e. qua form. pilul. keratinatae ponderis 0,45.[2]

---

[1] Massae Sebi pro pilul. kerat. Seb. taurin. crud. rec. 500 werden zerstofsen und mit Cera flav. 100 geschmolzen und koliert. Der Kolatur wird eine Lösung von 0,5 Cumarin in 5 Spirit. zugesetzt.

[2] Jede Pille enthält 0,18 Gynokardseife, entsprechend 0,15 Ol. Chaulmoogra. Die gewöhnliche Tagesdosis von 10 Pillen entspricht mithin 1,8 Gynokardseife und 1,5 Chaulmoograöl.

Fachzeitschriften.

Centralblatt für die Krankheiten der Harn- und Sexualorgane.
Band X, Heft 12.

Zur Behandlung der Prostatahypertrophie, von Reinhard Rörig und Fritz Rörig. Verfasser haben in ihrer Praxis vier Fälle, die auf palliative Behandlung der Prostatahypertrophie nicht besser wurden, der Incision nach Bottini unterworfen und sind mit den erreichten Resultaten äußerst zufrieden, zumal da die Operation sich ohne Narkose durchführen läßt.

Ein Fall von Kontusion der Harnblase, von Zuckerkandl. Der kräftige Mann litt seit einigen Wochen an Blutharnen, das nach seiner Angabe ohne besondere Veranlassung aufgetreten sein soll. Cystoskopisch fanden sich am Grunde und an der hinteren Wand der Blase blaurot gefärbte Plaques, an einzelnen dieser erscheint die abgehobene Schleimhaut abgerissen; die Papille des rechten Harnleiters, wie der Harnleiterwulst sind stark geschwollen. Auf genaue Nachfrage ergab sich, daß der Patient Brennen in der Blase verspürt hatte, als er eines Tages aus dem Grunde eines tiefen Fasses einen Gegenstand herausholte; zum Erheben des Oberkörpers bedurfte es damals einer starken Anstrengung. Die Erklärung der Blasensuffusion ist also wohl so zu suchen, daß die volle Blase entweder durch die scharfe Kante des Fasses oder durch die Kontraktion der Bauchdecken einem hohen Druck ausgesetzt war, dem sie nicht ausweichen konnte: Es handelt sich also um einen Betriebsunfall. Die Heilung erfolgte in einigen Wochen. *F. Hahn-Bremen.*

Mitteilungen aus der Litteratur.

Blennorrhoe und Komplikationen.

Beitrag zum Studium des Gonococcus, von Cantani-Neapel. (*Rif. med.* 1899. No. 70.) Verfasser hat Gonokokkenkulturen Hunden und Kaninchen in verschiedene Organe injiziert und dabei gefunden, daß der Gonococcus nur dann eine pathogene Wirkung auf die Tiere ausübt, wenn er in hohen Dosen und unter bestimmten Bedingungen inokuliert wird. Diese relative Pathogenität kommt ausschließlich dem im Körper der Bakterien enthaltenen Virus zu Teil, das eine außerordentlich reizende Wirkung auf die serösen Häute ausübt. Es hat mehr lokale denn allgemeine toxische Wirkung, was besonders aus den Experimenten des Verfassers an den Meningen und dem Gehirne der Versuchstiere hervorgeht. *C. Müller-Genf.*

Ein weiterer Beitrag zur Biologie des Gonococcus und zur pathologischen Anatomie des blennorrhoischen Prozesses, von A. Ghon und F. Schlagenhaufer. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1898. No. 24.) Bei einem 18jährigen Mädchen, welches bei einem zur Zeit der Menses vollzogenen Coitus auch eine Blennorrhoe acquirierte und nach acht Wochen unter den Erscheinungen einer Endocarditis ulce-

rosa mit Gangraena pedis zu Grunde gegangen war, wiesen die Verfasser sowohl mikroskopisch als auch kulturell in den Klappenauflagerungen einen Coccus nach, der hinsichtlich seiner Form und Anordnung, hinsichtlich seiner färberischen Eigenschaften und kulturellen Merkmale vollständig mit den für den Gonococcus Neisser angegebenen Eigentümlichkeiten übereinstimmt und, auf die menschliche Urethra überimpft, eine akute Blennorrhoe erzeugte. — Die Eingangspforte der Allgemeininfektion war wahrscheinlich in einem in der subserosa der hinteren Uteruswand gelegenen Abscefs zu suchen, in welchem einzelne Kokken vom Typus der Gonokokken gefunden wurden. — Von den histologisch nachgewiesenen Veränderungen der Urethra wäre besonders das reichliche Vorkommen von bald zarten, bald breiteren, kolbigen, polypösen, ungemein blutreichen Wucherungen der Papillen des subepithelialen Bindegewebes fast im ganzen Bereiche der Harnröhre hervorzuheben, welche bei der subakuten und chronischen Blennorrhoe des Mannes und des Weibes als Ausdruck einer intensiven aktiven Beteiligung des subepithelialen Bindegewebes an dem blennorrhoischen Entzündungsprozesse zu betrachten sind, und zu jenen Geschwülsten auswachsen können, die als papillär-polypöse Angiome, Gefäfspolypen, fungöse Exkrescenzen, ja als Papillome beschrieben werden. *I. Bloch-Berlin.*

Ein Fall von Latenz der blennorrhoischen Infektion, von R. M. Murray. (*Brit. med. Journ.* 19. Nov. 1898.) Ein Kind erkrankte drei Tage nach der Geburt an einer heftigen, purulenten Ophthalmia zuerst des linken, dann des rechten Auges. Unter Waschungen mit Sublimatlösung (1 : 4000) und Bepinselung mit Höllensteinlösung (0,6 : 30) trat schliefslich Heilung ein. Von Interesse in dem Falle ist, dafs der Vater des Kindes acht Jahre zuvor an einer akuten Blennorrhoe gelitten und angeblich geheilt worden war. Drei Jahr später heiratete er. Die Frau blieb scheinbar vollkommen gesund und ebenso waren die beiden ersten Kinder, die sie gebar, ganz gesund, während das dritte in der beschriebenen Weise erkrankte. Zur Zeit der Geburt zeigte die Wöchnerin keinen verdächtigen, vaginalen Ausflufs. (NB. Ist eine Infektion des Kindes durch die Hebamme oder den Geburtshelfer ganz auszuschliefsen? Ref.) *C. Berliner-Aachen.*

Ein Fall von periartikulärem Abscefs mit Gonokokkenbefund, von R. Faltin. (*Finska Läkaresällskapets Handlingar.* 1899. No. 3.) Verfasser teilt einen Fall mit (33jähriges Dienstmädchen), wo in dem Eiter eines periartikulären Abscesses, nicht mit dem Gelenk kommunizierend, Gonokokken nachgewiesen wurden, sowohl in den Deckgläserpräparaten (Gram) als in den Kulturen, acht Wochen nach Beginn der Krankheit, während die Untersuchung des Urethral-, Vaginal- und Cervikalsekretes negatives Resultat gab. Er nimmt an, dafs Patientin an einer chronischen Blennorrhoe gelitten hat mit so spärlichen Gonokokken, dafs der Nachweis mifslungen ist. Verfasser referiert die früheren in der Litteratur mitgeteilten Fälle.

O. Jersild-Kopenhagen.

Verlust eines Auges durch eine Tripperinfektion, die wahrscheinlich durch einen Fliegenstich hervorgerufen wurde. Kein Betriebsunfall. (*Unfallversicherungspraxis.* 1899. No. 18.) Bei einem Maurer, bei dem während der Arbeit plötzlich heftige Schmerzen im linken Auge aufgetreten waren, wurde am darauffolgenden Tage eine akute linksseitige Ophthalmoblennorrhoe konstatiert. Die Untersuchung der Genitalien ergab, dafs keine Spur eines Harnröhrentrippers vorhanden war. Am sechsten Tage war das Auge vollständig zu Grunde gegangen. Vier Tage vor dem Auftreten der ersten Schmerzen war dem Patienten beim Verlassen der Baustelle eine kleine Fliege in das linke Auge gekommen; dieselbe wurde von

einem Mitarbeiter entfernt. Da der Kranke Unfallrente beanspruchte, wurde ein Gutachten des behandelnden Augenarztes eingefordert. Dieser führte u. a. aus, dafs der Ansteckungsstoff von aufsen in das Auge hineingekommen sein mufste, da der Patient sicher keinen Harnröhrentripper hatte. Es ist nun sehr wohl möglich, dafs die Fliege, die einige Tage vor Beginn der Erkrankung in das Auge gekommen war, den Ansteckungsstoff übertragen hat; die Zeit zwischen dem Eindringen der Fliege und dem Beginne der Krankheit war genau die Zeit, deren die Gonokokken bedürfen, um auf einer Schleimhaut eine Tripperentzündung zu bewirken. Jedenfalls steht fest, dafs Fliegen häufig derartige Infektionen veranlassen; besonders in Ägypten erkranken zahllose Menschen auf diese Weise an Augentripper. Allerdings wäre es auch möglich, dafs die Finger des Mannes, der die Fliege entfernte, mit blennorrhoischem Eiter beschmutzt waren und das Auge infizierten; darüber liefs sich jedoch nichts Bestimmtes eruieren. Keinesfalls kann das Eindringen von Staub in das Auge, worauf der Patient seine Krankheit zurückführte, die Ursache der Erkrankung gewesen sein. — Der Patient wurde in allen Instanzen mit seinen Ansprüchen abgewiesen.

Götz-München.

Blennorrhoische Sehnenscheidenentzündung, von Wetzel. (*Münch. med. Wochenschr.* 1899. No. 22.) Bei einem Patienten, der vor 14 Tagen einen Tripper acquiriert hatte, entstand unter Fiebererscheinungen am linken Handrücken eine entzündete, äufserst schmerzhafte, ödematöse Schwellung; die Infiltration erstreckte sich bis auf den Vorderarm. „Als dann eine Gewebslücke in der Mitte entdeckt werden konnte," wurde incidiert, man gelangte auf die Strecksehne des Mittelfingers, aus der Wunde entleerte sich Eiter vermischt mit seröser, trüber, fadenziehender Flüssigkeit; Gonokokken wurden weder im Eiter noch in der Flüssigkeit gefunden. Die Affektion (deren blennorrhoischer Charakter zum mindesten nicht bewiesen ist. Ref.) heilte ohne eine Funktionsstörung zu hinterlassen. *Götz-München.*

Zur Behandlung der Blennorrhoe mit medikamentösen Stäbchen, von Th. L. (*Allg. med. Centralztg.* 1898. No. 85.) Arzneibougies, die für die Anwendung in die Harnröhre des Mannes geeignet sein sollen, dürfen weder zu schnell noch zu langsam schmelzen. Deshalb sind die Suppositorien aus reiner Kakaomasse, wie sie gewöhnlich von den Apothekern auf Einzelordination hergestellt werden, unbrauchbar, da sie unmittelbar nach ihrer Einführung erweichen, also höchstens für die Urethra anterior verwendbar sind. Diesem Übelstande ist bei den Nottkeschen Schmelzbougies dadurch abgeholfen, dafs das Kakaoöl warm emulgiert und dann nach dem vollständigen Erkalten kalt gepreſst ist. Die so fabrizierten „Schmelzbougies" nach Dr. H. Lohnstein lassen sich leicht auch bei Strikturen geringeren Grades bis an den Blasenhals einführen. Sie werden erst nach etwa 15 Minuten vollständig flüssig.

Bei der akuten Blennorrhoe des vorderen Teils der Harnröhre kommen sie nach H. Lohnstein in erster Linie dann in Betracht, wenn nach Beseitigung der Gonokokken im eitrigen Sekret durch antiseptische Injektionen oder Irrigationen noch längere Zeit ein schleimiger oder schleimig-eitriger Ausfluſs besteht. Als Medikamente sind in diesem Stadium des Trippers Adstringentien wie Zinksulfat, Tannin, Alaun indiziert, die man zweckmäfsig in etwas stärkerer Konzentration als bei Injektionen den Stäbchen zusetzen läfst. Diese Schmelzbougies sind in der Dicke von 4—5 mm und in der Länge von 6—10 cm zwei- bis dreimal täglich in die vordere Harnröhre zu bringen und daselbst 15—30 Minuten festzuhalten. In den Fällen von Urethritis anterior, in welchem nach dem Ablauf der akuten Erscheinungen ein längeres Nachstadium vorwiegend eitriger Absonderung bei völliger Schmerzlosigkeit der Urethra folgt, kann man vorteilhaft auch Jodoform resp. dessen geruchloses

Ersatzmittel Sanoform zu 10—20% den Stäbchen zusetzen lassen. Bei Empfindlichkeit der Harnröhre gegen Injektionen oder Irrigationen kann man auch schon im Gonokokkenstadium der akuten Blennorrhoe die Stäbchen mit Argentum nitricum, Protargol, Argonin etc. anwenden, da sie weniger reizen als Injektionen. Bei akuter Urethritis posterior ist von der Behandlung mit Arzneibougies abzusehen.

Bei der chronischen Blennorrhoe muſs man zwischen den Fällen mit nur oberflächlichen Schleimhautprozessen und zwischen der chronischen infiltrierenden Urethritis unterscheiden, welch' letztere unbehandelt oft schlieſslich zu bleibenden Strikturen führt. — Bei chronischer Urethritis anterior ist die Anwendung der Noffkeschen Schmelzbougies genau so wie bei akuter Blennorrhoe. Bei Urethritis chronica posterior muſs man sich zur Einführung der Stäbchen gerader Tuben (Kösners Urethralpistole) oder gebogener Metallröhren bedienen, durch welche sie mittelst federnder Obervatoren an ihren Bestimmungsort geschoben werden. Dies muſs natürlich der Arzt ausführen. Nach der Einführung wird die Harnröhre durch Watte verschlossen und dem Patienten aufgegeben, die nächste Miktion möglichst hinauszuschieben. In den letzteren Fällen empfehlen sich am meisten Bougies mit 5% Tannin und Resorcin ää oder mit 0,5% Zinc. sulf., 5% Resorcin. *I. Bloch-Berlin.*

Kalomelbehandlung des Augentrippers, von Poukaloff. (*Presse méd.* 24. Juni 1899.) Verfasser spricht die Ansicht aus, daſs das Kalomel in seinen antiblennorrhoischen Wirkungen ebenso exakt sei wie der Höllenstein, ohne dessen unangenehme Seiten aufzuweisen. Nachdem die Augen mit einer 2%igen Borlösung gewaschen und einem Wattetampon abgewischt sind, wird das Kalomel auf Hornhaut und umgestülpte Lider aufgestreut. Die Prozedur wird dreimal am Tage wiederholt. Dauer bis zur Heilung im Mittel 7 Tage, in schweren Fällen 14 Tage. Die Beobachtungen basieren auf 57 blennorrhoischen Conjunctivitisfällen. Der Hauptvorteil ist bei der Poukaloffschen Therapie der, daſs man die Behandlung den Angehörigen der kranken Kinder ruhig überlassen kann. Ein Überschuſs von Kalomel wirkt absolut nicht schädlich. *E. Hopf-Dresden.*

Das Protargol bei der Behandlung der Blennorrhoe, von Panichi. (*La Settimana medica dello Sperimentale.* 1899. No. 16 u. 17.) Als Vorzüge dieses Präparates werden angeführt: leichte Anwendungsweise, auſserordentlich leichte Toleranz desselben von Seite der Blase und Harnröhre, groſse Desinfektionskraft, Möglichkeit der Anwendung auch in der akuten Periode (mit oder ohne Balsamica), nicht unbeträchtliche Abkürzung der Dauer des entzündlichen Prozesses. Es kommt in der Konzentration von 1/4—1% Lösungen zur Anwendung und wird dreimal täglich injiziert. *C. Müller-Genf.*

Über die Wirksamkeit des Protargols in einem Falle von Blennorrhoe beim Erwachsenen, von H. Weber-Darmstadt. (*Wochenschr. f. Ther. u. Hyg. d. Auges.* II. Jahrg. No. 42.) Ein schwerer Fall von Blennorrhoe des Auges der eingehend geschildert wird, wurde mit stündlichen Einträufelungen von Protargol 10%, auſserdem mit Eisumschlägen und 10%iger Eserinlösung behandelt. Den guten Ausgang der Erkrankung glaubt Verfasser der Protrargolbehandlung zuschreiben zu müssen gegenüber drei anderen Fällen, die bei Formalinbehandlung mit Erblindung endigten. *A. Strauſs-Barmen.*

Protargol beim Tripper, von Kleinmann. (*Wratsch.* 1899. S. 789. [Russisch].) K. hat das Protargol in 57 Tripperfällen angewandt und gefunden, daſs man häufiger

einen unbefriedigenden, als befriedigenden Erfolg damit erzielt, dennoch verdient es nach K. Beachtung, weil es nicht reizt und weil es bei dieser Behandlung verhältnismäfsig nur selten zu Komplikationen des Trippers kam. Bei einem Vergleich der Tripperbehandlung mit Protargol mit derjenigen nach JANET giebt KLEINMANN letzterer den Vorzug. *A. Jordan-Moskau.*

Anatomie und Physiologie der Haut.

Zur Frage über die Endigungen der Nerven in den VATER-PACINIschen Körperchen, von SOKOLOW-Petersburg. (*Anatom. Anzeiger.* 5. Okt. 1899.) Die Ergebnisse der vorliegenden Abhandlung decken sich so ziemlich mit den in No. 8 des *Anatomischen Anzeigers* von 1899 von SALA beschriebenen. Beide Autoren konstatieren, dafs neben der markhaltigen starken Nervenfaser noch eine dünne Nervenfaser in den Endkolben des PACINIschen Körperchen eintritt, welche sich innerhalb desselben verzweigt. Nach SALA ordnen sich diese Verzweigungen in eigenartiger Weise um die Centralfaser herum an. SOKOLOW beschreibt ein Fasernetz, dafs der dünneren Nervenfaser entstammend die ganze Peripherie des PACINIschen Körperchens ausfüllt.
Hopf-Dresden.

Über die Reaktion der elastischen Fasern auf Höllenstein und über die Beziehungen des elastischen Gewebes zum Muskelgewebe, von MARTINOTTI-Turin. (*Anatom. Anzeiger.* 15. Juli 1899.) Der Verfasser kommt zu folgenden Schlüssen: In den glatten Muskeln finden sich stets elastische Fasern, sowohl im Perimysium externum wie internum; sie stehen im gleichen Verhältnis zu Muskelbündeln wie Muskelfasern. An den Endigungspunkten glatter Muskeln verhalten sich die elastischen Fasern stets gleich, in Gestalt von elastischen Sehnen. Der Insertionspunkt spielt keine Rolle dabei. Auch im inneren und äusseren Perimysium der quergestreiften Muskulatur beobachtet man stets elastische Fasern. Ihre Anordnung ähnelt derjenigen der elastischen Fasern in der glatten Muskulatur. Die Enden der quergestreiften Muskelfasern stehen stets mit elastischen Fasern in Verbindung. Diese Beziehungen sind stets die gleichen, wo auch immer das Ende der gestreiften Muskelfasern ist. MARTINOTTI wendet sich im vorliegenden hauptsächlich gegen SMIRNOW, der behauptet hatte, dass nur in jenen Fällen, wo sich die quergestreiften Muskelfasern nicht in direkte Beziehung zum knöchernen oder knorpligen Skelett setzen, ihre Sehnen aus rein elastischem Gewebe bestehen oder ihnen eine mehr oder minder grosse Menge elastischer Fasern beigemengt sei. Verfasser hebt die schönen Färbungen der elastischen Fasern durch Argentum nitricum hervor. *Hopf-Dresden.*

Über die Genese einiger Bindegewebsgrundsubstanzen, von FRC. HANSEN-Kopenhagen. (*Anatom. Anzeiger.* 5. Okt. 1899.) Durch Untersuchungen an verschiedenen Knorpelarte hyalinem, elastischen und Bindegewebsknorpel und an Prozessen der endochondralen Verknöcherung und dem Dentin hat Verfasser das Resultat erhalten, dass sowohl intra- wie extracellulare Genese der Bindegewebsfibrillen und Übergänge zwischen beiden Arten bestehen, dafs dasselbe für das Elastin gilt und dafs überhaupt die Grundsubstanzen ebensogut wie die Zellen als lebendig gelten müssen. In vielen Fällen läfst sich Protoplasma und Grundsubstanz nicht von einander trennen. So faſst Verfasser die Knorpelgrundsubstanz als eine Art von Ektoplasma auf, die in keiner Weise im Gegensatz zum Endoplasma (den Zellen) zu setzen ist, vielmehr mit diesem eine Einheit bildet. „Es liegt kein zwingender Grund vor, a priori anzunehmen,

dafs jedes Molekül, welches zum Aufbau und zur Ernährung der Grundsubstanzen verbraucht wird, vorher das Endoplasma, die Zellen passiert haben muss.

Hopf-Dresden.

Über die vielkernigen Zellen des Plattenepithels, von Tonkoff-Petersburg. (*Anatom. Anzeiger.* 9. Aug. 1899.) Verfasser hat von serösen Höhlen (Pericard) von Katzen, Kaninchen, Hunden und weissen Ratten das Plattenepithel untersucht und gefunden, dafs daselbst sich häufig vielkernige Plattenepithelien zeigen. Höchstwahrscheinlich werden auch andere seröse Häute dieselben Befunde ergeben. Man kann am Pericard der Katze neben kleineren einzelligen Plattenepithelien wahre Riesenepithelien beobachten, die bis zu 15 Zellkerne aufweisen, in denen wiederum Kernkörperchen vorkommen. Die Färbung der Präparate geschah folgendermafsen: Nachdem das Pericard des eben getöteten Tieres in einer $^1/_{10}$—$^1/_{20}$ %igen Lapislösung $^1/_2$ Minute lang geschüttelt und dann in einer Schale mit destilliertem Wasser an die Sonne gebracht worden ist, Färbung mit Pikrokarmin nach Hoyer 24 Stunden lang. Dann Ablösung des Epithels mit einem Messerchen (Lösung erfolgt auch zuweilen spontan) in einer Mischung von Aqua und Glycerin zu gleichen Teilen. Das so gewonnene Präparat besteht nur aus einer Schicht Zellen. *Hopf-Dresden.*

Ist die Gruppenstellung der Säugetierhaare eine Stütze für die Maurersche Hypothese von der Ableitung des Haares von Hautsinnesorganen niederer Vertebraten? von H. de Meijere-Amsterdam. (*Anat. Anz.* 9. Aug. 1899.) Der Verfasser wendet sich mit ausführlicher Begründung gegen die Hypothese Maurers, welcher aus der auffälligen Übereinstimmung in der Anordnung der Haare und der Hautsinnesorgane die ersteren von letzteren bei niederen Wirbeltieren ableitet und die Gruppenstellung der Säugetierhaare als Stütze für seine Annahme ins Treffen führt. Die primitiven Haargruppen werden nicht wie die Hautsinnesorgane von einer Anlage ausgebildet. Das ist der springende Punkt in Meijeres Ausführungen, der in seiner Abhandlung eine schematische Darstellung der Gruppenstellung der Haare und ihres Zustandekommens giebt. *Hopf-Dresden.*

Bakteriologie.

Experimentelle Beiträge über die Fermente der Ringwormpilze, von Leslie Roberts. (*Brit. med. Journ.* 7. Jan. 1899.) Der Verfasser untersuchte zumeist alte, ganz eingetrocknete Präparate, bei denen alle Spuren des ursprünglichen Nährmediums verschwunden waren.

1. Auf ein 6 Jahre altes, ganz trockenes Präparat mit Trichophyton mikrosporon wurden 4 ccm einer 5%igen Lösung von Gelatine in destilliertem Wasser ausgegossen und in einem Entwickler einer Temperatur von 32° C. ausgesetzt. Nach 14 Stunden zeigte es sich, dafs die Gelatine die Fähigkeit verloren hatte, bei niedrigen Temperaturen wieder fest zu werden.

2. Ein vollkommen trockenes, 5 Jahre und 10 Monate altes Präparat mit Trichophyton megalosporon wurde mit 4 ccm einer 10%igen Gelatinelösung bedeckt und einer Temperatur von 32° C. exponiert. Nach 19 Stunden wurde das Präparat in einen Raum von 16° C. gebracht, auch mit kaltem Wasser umspült, aber die Gelatine zeigte keine Tendenz fest zu werden. Aus diesen beiden Beobachtungen geht hervor:

1. dafs das aktive Prinzip bei der Verflüssigung der Gelatine im Mycel selbst enthalten ist und nicht aufserhalb des Pilzkörpers durch sekundäre Veränderungen des Nährbodens gebildet wird;

2. dafs das aktive Agens seine Wirksamkeit durch 6 Jahre hindurch zurückbehalten kann, wenn der Pilz in einem vollkommen trockenen Zustande aufbewahrt wird;

3. dafs die Aktivität des Agens unabhängig ist von dem Leben des Trichophytonpilzes.

Weitere Experimente haben ergeben:

4. dafs sehr geringe Quantitäten des wirksamen Agens verhältnismäfsig grofse Mengen Gelatine verdauen können;

5. dafs die Wirksamkeit des Agens vollständig zerstört wird, wenn dasselbe auch nur für 2 Minuten einer Temperatur von 85° C. ausgesetzt wird;

6. dafs das aktive Agens wahrscheinlich ein lösliches Ferment ist;

7. dafs absoluter Alkohol nicht im stande ist das Ferment aus dem Mycel zu extrahieren;

8. dafs dagegen reines Wasser die Fähigkeit besitzt, das proteolytische Ferment aus dem Mycel zu extrahieren und dafs dieses letztere bei solcher Behandlung in wenigen Stunden aufhört fermenthaltig zu sein.

Ein amylolytisches Ferment existiert nach den Beobachtungen des Verfassers in den Trichophytonpilzen nicht, wahrscheinlich weil Amylum von denselben assimiliert wird.

Das proteolytische und keratolytische Ferment unterscheiden sich von einander dadurch, dafs ersteres in reinem Wasser löslich ist und seine Fermentwirkung auch unabhängig vom Leben des Pilzes entfalten kann, während das letztere ein organisches Ferment ist, das nicht nur vom Leben des Organismus abhängt, sondern auch je nach der Beschaffenheit desselben Schwankungen der Intensität und der Art unterworfen ist.

Die keratolytische Wirkung des Trichophyton megalosporon bei Ringworm der Kopfhaut ist gegen die innere Substanz des Haares gerichtet und hinterläfst, wenn diese verdaut ist, eine hohle Cuticulascheide. Das Trichophyton mikrosporon richtet seine keratolytische Wirkung zunächst gegen die Cuticula und erst später gegen die Rindensubstanz. *C. Berliner-Aachen.*

Über die Form Oospora des Mikrosporums beim Pferde, von E. Bodin. (*Arch. d. Parasitol.* Juli 1899.) Das Mikrosporum ist ein pleomorpher Pilz, aufser Endoconidium und Acladium kann eine dritte Form auftreten, die zum Genus Oospora gehört; diese entsteht unter gewissen Lebensbedingungen, z. B. bei langsamer Austrocknung. Diese Form Oospora ähnelt sehr dem Aktinomycespilz, die Form nannte man früher auch Streptothrix; somit bildet diese Form Oospora das Verbindungsglied zwischen Mikrosporum des Pferdes und Aktinomykose und ähnlichen Oospora. *F. Hahn-Bremen.*

Hygiene.

Ist die gegenwärtige Organisation der ärztlichen Überwachung der Prostitution verbesserungsfähig? von E. Finger. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1899. No. 36.) Aus dem ausführlichen Referat, welches Finger auf der internationalen Konferenz zur Prophylaxis der Syphilis und der venerischen Krankheiten zu Brüssel (4.—8. September 1899) erstattete, sei folgendes hervorgehoben: 1. Die Aufgabe der ärztlichen Untersuchung der Prostituierten ist es, die kranken von den gesunden zu scheiden, die ersteren zu isolieren, zu behandeln und erst dem Gewerbe zurück-

zugeben, wenn sie nicht mehr contagiös sind. 2. Die gegenwärtig fast allgemein geübte Methode genügt der Aufgabe in keiner Richtung. 3. Die Untersuchung ist eine mangelhafte a) wegen ungeeigneter Lokale, mangelnder Assistenz, Überbürdung der Untersuchungsärzte, zu seltener Ausführung) b) wegen Anwendung veralteter Methoden. 4. Insbesondere sind zwei Fehler zu rügen: a) die Freigebung der luetischen Prostitution im Stadium latenter sekundärer Syphilis; b) das Unterbleiben des mikroskopischen Gonokokkennachweises. 5. Die Behandlung ist eine zu kurzdauernde, weil überall Mangel an Betten herrscht, und zu oberflächliche. Es fehlen Maßnahmen zur Isolierung temporär oder dauernd unheilbarer und kontagiöser Prostituierter. 6. Es ergeben sich deshalb für die Untersuchung folgende Forderungen: A) Fürsorge für zweckentsprechende Räume, genügendes Ärztepersonal; Untersuchung des ganzen Körpers (Speculum!); für jede Person ca. 10 Minuten; Wiederholung 2—3 mal wöchentlich; Fernbleiben jedes polizeilichen Charakters vom Untersuchungslokal; Honorierung der Ärzte von amtswegen. 7. Verwendung der neuesten Methoden zur Untersuchung. 8. Keiner luetischen Prostituierten darf für die Dauer der kontagiösen Frühperiode der Syphilis (Dsch. für 2—3 Jahre) Licentia stupri gegeben werden. 9. Mikroskopische Sekretuntersuchung. 10. Schaffung von Krankenabteilung für venerisch kranke Prostituierte mit genügender Bettenzahl. 11. Die Behandlung muß nach dem klinischen Aufenthalte ambulatorisch fortgesetzt werden; sie muß eine unentgeltliche sein. 12. Einrichtung von Asylen, die als Arbeitshäuser, Arbeitsabteilungen den Specialspitälern und Abteilungen für Prostituierte angegliedert werden; zur Unterbringung temporär oder dauernd kontagiöser Prostituierter, die sich für die Spitalbehandlung nicht eignen, so: sämtlicher sekundär luetischer Prostituierter bis zum Ablauf des kontagiösen Stadiums der Erkrankung, Prostituierte mit schweren internen Formen der Blennorrhoe bis zum dauernden Erlöschen der Kontagiosität, gravider Prostituierter etc. 13. Bis zur Durchführung dieser Vorschläge häufige Untersuchung latent luetischer Prostituierter und ambulatorische Behandlung derselben. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Zur Frage der sexuellen Hygiene, von Hoerschelmann, Blessig, Masing-Petersburg. Nachschrift von Assmuth-Borgå. (*St. Petersb. med. Wochenschr.* 1899. No. 39—41.) Die Arbeiten der drei erstgenannten Verfasser sind Referate, welche dieselben am 3. Mai 1899 gelegentlich einer Sitzung des deutschen ärztlichen Vereins in St. Petersburg den Kollegen geboten haben. Alle drei Autoren — und ihnen schließt sich in einer Nachschrift Assmuth-Borgå völlig an — vertreten in klarer und eindringlicher Weise den Standpunkt, welchen viele hervorragende Autoritäten ebenfalls huldigen, daß absolute Keuschheit und Vermeidung außerehelichen Geschlechtsverkehrs einerseits noch niemandem, weder Mann noch Weib, Schaden gebracht hat, andererseits einen — abgesehen von den extragenitalen Infektionen — absoluten und zwar den einzigen Schutz gegenüber den Geschlechtskrankheiten bieten. Hoerschelmann stellt alle Äusserungen hervorragender Mediziner zusammen, welche der im ärztlichen Publikum landläufigen Meinung gegenüber traten, daß enthaltsames Leben dem jungen Mann oder Mädchen Schädigungen verursache. Insonderheit bekämpft er die Ansicht, daß die Onanie immer durch die Enthaltsamkeit begründet sei und verweist auf die Fälle, wo glückliche Familienväter trotz glücklicher Ehe mit regelmäßigem Sexualverkehr von der Onanie nicht lassen können. Der Grund zu ihr liegt vielmehr in einer moralisch und ethisch mangelhaften Erziehung, verbunden mit von außen kommenden sinnlichen Reizungen durch obszöne Litteratur und Abbildungen, sowie durch den Verkehr mit Genossen, die kaum dem Knabenalter entwachsen, dem außerehelichen Geschlechtsverkehr sich hingegeben

haben. Es unterliegt auch dem Referenten keinen Zweifel, dafs der Arzt, welcher, sei es aus unglücklicher Nachlässigkeit, sei es aus Überzeugung, einem Neurastheniker, einem Acnekranken, einem Onanisten, Geschlechtsverkehr, der natürlich ein aufserehelicher sein wird, anrät, eine ganz ungeheure Verantwortlichkeit auf sich nimmt. Nicht nur dafs obengenannte alte Leiden keine, oder vielleicht nur eine vorübergehende Besserung erfahren, begibt sich der betreffende Patient damit in die nicht genug zu bekämpfende Gefahr, der Syphilis oder Blennorrhoe zum Opfer zu fallen. Auch der ärztliche Stand sollte hier eingreifen, wenn auch vielleicht die in Betracht kommende Frage über sein ärztliches Gebiet hinausgreift. *Hopf-Dresden.*

Die Geschlechtskrankheiten in der deutschen Armee, von Julian Marcuse. (*Wien. med. Bl.* 1899. No. 32.) Der Generalstabsarzt v. Vogl-München hat folgende Fragen zu beantworten gesucht: 1. Wie steht es mit der Häufigkeit der Geschlechtskrankheiten der männlichen Jugend vor ihrer Einreihung in die Armee? 2. Wie ist die Erkrankungsziffer in der Armee selbst? 3. In welchem Umfange unterliegt die männliche Bevölkerung nach vollendetem Militärdienst bis in das mehr oder weniger vorgerückte Lebensalter der Gefahr der geschlechtlichen Infektion? — Die Antworten lauten: ad 1. Bei der Musterung werden zahlreiche junge Leute, besonders auch aus der Landbevölkerung, geschlechtskrank gefunden. ad 2. Die Erkrankungsziffer in der deutschen Armee ist auf 2,3 bis 2,5% gesunken; sie ist günstiger als in den anderen Staaten. Die Zahlen schwanken in weiten Grenzen bei den verschiedenen Truppenteilen, je nach den örtlichen Verhältnissen. ad 3. Die Zahl der Geschlechtskranken beim Civil ist natürlich nicht mit auch nur annähernder Sicherheit festzustellen. Vogl glaubt aber, dafs sie eine viel höhere ist als beim Militär. Jedenfalls kann die Civilperson die Krankheiten viel leichter verbreiten, als der Soldat. — Aus diesen Beobachtungen will Vogl folgern, dafs es unrecht ist, die Armee als sittlich und sanitär gemeingefährliches Institut in Bezug auf die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten zu bezeichnen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Die Geschlechtskrankheiten im amerikanischen Heere, von William Hammond. (*New York med. Journ.* 5. Aug. 1899.) Die Arbeit ist in erster Linie gegen die von Atkinson, über die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten im amerikanischen Heere, wie H. meint, sehr übertriebenen Angaben gerichtet, welche besonders darthun sollten, wie schädlich die aus den letzten Kriegen zurückgekehrten Soldaten für das ganze Land durch Weiterverbreitung der Geschlechtskrankheiten gewirkt haben sollen (the hell of war). H. korrigiert die Angaben Atkinsons, welcher allgemein von venerischen Krankheiten ausschliefslich der Syphilis spricht, dahin, dafs eben letztere von ersterer zu trennen ist und allein als konstitutionelle Erkrankung in Betracht kommt. H. hält es für höchst wahrscheinlich, dafs die Syphilis des Mannes nicht durch den Samen übertragen werden kann, und geht sogar noch weiter, zu behaupten, dafs gesunden Personen die Syphilis durch die physiologischen Se- oder Exkrete syphilitischer Männer oder Frauen nicht übertragen werden kann, also weder Thränen, Schweifs, Urin, Milch oder Samen syphilitisches Virus enthalten. Dafs die Zahl der Geschlechtskrankheiten im amerikanischen Heere, ebenso wie bei den englischen Truppen Ostindiens, eine sehr grofse ist, giebt auch H. zu, aber keineswegs dafs sie, wie A. behauptet, erst seit dem letzten Kriege so verbreitet worden seien. Im Jahre 1897 war die absolute Zahl aller Fälle von Geschlechtskrankheiten nach dem Generalrapport 1961 (unter wieviel Soldaten?), wovon 276 Syphilis waren. Es ist zweifelhaft, ob Syphilis auf den Philippinen oder in Cuba oder auf Portorico vorhanden, bevor sie durch die Europäer dahin gebracht worden war, in Hawai

existierte sie sicher nicht, bevor sie Europäer und Amerikaner dorthin importierten; es ist also kaum anzunehmen, dafs die Soldaten von der Bevölkerung dieser Inseln infiziert worden sind. Das Vorherrschen der Geschlechtskrankheiten, besonders der Syphilis, unter den britischen Truppen in Indien erklärt H. mit ungenügender Behandlung, keineswegs mit dem Einfluſs von Klima oder spezieller Virulenz der Krankheit; das wird auch durch die besseren Verhältnisse in den letzten Jahren bewiesen, wo besonders die intramuskulären Quecksilberinjektionen eingeführt wurden. Der Vorteil der letzteren liegt darin, dafs der Soldat aufserhalb des Spitals behandelt werden kann und dafs die Behandlung eine sichere, in des Arztes Hand liegende ist. Im weiteren Verlauf ist die Arbeit von H. wiederum gegen A. gerichtet und sucht zu beweisen, dafs die Berichte desselben über eine schauderhafte Mifswirtschaft der Sanitätsverwaltung auf den Philippinen durchaus übertrieben seien.

Stern - München.

Allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie der Haut.

Allgemeine Pathologie der toxischen Dermatosen, von Leredde. (*Presse méd.* 16. Sept. 1899.) Unter die toxischen Dermatosen rechnet Leredde, wie es ja in Deutschland auch ausschliefslich geschieht, nur diejenigen Hautaffektionen, welche durch in den Organismus gelangte Gifte verursacht werden, nicht aber jene, welche durch Applikation toxischer Substanzen (Jodoform z. B.) auf die Hautdecke oder durch Ausscheidung der auf und in dieser lebenden Parasiten entstehen. Am charakteristischsten sind die durch Medikamente hervorgerufenen toxischen Dermatosen (Jod, Brom, Jodkalium, Merkur, Antipyrin, Chinin, Opium, Arsenik. Ätiologisch weniger gut definierbar sind die Eruptionen, die durch irgend welche Nahrungsmittel verursacht werden (Spargel, Erdbeeren, Muscheln); weiter unterscheidet man mikrobielle Toxinausschläge (bei Diptherie u. a. Anginen, Gonorrhoe, nach Tuberkulininjektionen), ferner bei nicht mikrobiellen Diastasen (Schlangenbifsvergiftung) Ausschläge, die durch antitoxische Substanzen selber erzeugt werden. Bei letzteren mufs man zwischen dem antitoxischen Mittel und dem eigentlichen Serum, in dem es enthalten ist, unterscheiden. Denn auch dieses kann Hauterscheinungen provozieren. Nebenbei sei erwähnt, dafs manche Autoren (französische Schule) die Tuberkulide und den Lupus erythematosus für Folgen von Toxinen der Tuberkulose halten. Von Wichtigkeit sind noch die toxischen Exantheme, die durch abnorme Vorgänge dunkler Art im Verdauungstractus entstehen (Urticaria, Prurigines, vielleicht auch die Duhring'sche Krankheit), sowie solche auf konstitutionellen Leiden beruhend, wie Gicht und Diabetes und Ausschläge, deren Ursache eine Störung gewisser Körperorgane ist, wie z. B. urämische Exantheme.

Im folgenden bespricht der Verfasser die klinischen Formen, in denen die toxischen Hautaffektionen sich zeigen können. Das Auftreten derselben hängt nicht von der Dosierung des Medikaments oder der betreffenden Noxen überhaupt ab, sondern von einer individuell verschiedenen Idiosynkrasie, die entweder angeboren oder erworben und vorübergehend, dauernd oder ständig zunehmend sein kann. Bei Individuen mit normalen Störungen treten toxische Dermatosen doppelt so häufig auf wie bei Leuten mit gesunden Nieren (2% gegenüber 1% bei letzteren). Zur Erklärung des Auftretens toxischer Hauteruptionen dienen verschiedene Hypothesen. Die erste sagt, dafs die zirkulierenden toxischen Substanzen selbst die Läsionen verursachen. Zwar hat man in gewissen Eruptionen Jod, Brom und Antipyrin nachweisen können, doch sind diese Fälle nur seltene Ausnahmen. Aufserdem dauern die Hautprozesse noch vielfach fort, wenn das schädigende Moment längst aus dem Körper

ausgeschieden ist. Eine zweite Erklärungsweise (Koebner, Lewin) giebt einer gesteigerten Sensibilität des Nervensystems Schuld. Dieselbe stützt sich auf experimentelle Erzeugung von Hautveränderungen durch Claude Bernard und andere Physiologen. Nach Leredde ist es sehr wahrscheinlich, dafs die schädigende Substanz sich durch den Mittelweg des Blutes auf der Haut bemerkbar macht. Abgesehen von jenen Fällen, wo die Noxe direkt bis zur Körperdecke geführt wird, ist eine Einwirkung derselben auf die blutbildenden Organe anzunehmen. Toxische Hautveränderungen auf rein nervöser Basis gehören zu den Seltenheiten.

Hopf-Dresden.

Sensibilitätserkrankungen an transplantierten Hautstücken, von Erwin Stransky. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1899. No. 32.) Als Verfasser an die Sensibilitätsprüfung transplantierter Hautstücke heranging, stellte er sich folgende Fragen: 1. Ist an den überpflanzten Lappen von vornherein eine örtliche und zeitliche Trennung zwischen Schmerz- und taktiler Empfindung festzustellen? 2. Ist das Verhältnis der Empfindungsqualitäten des Pflanzstücks konform der früheren oder der neuen Umgebung? — Die zeitliche Entwickelung der Sensibilitätsverhältnisse zu prüfen, war nicht völlig ausführbar, da mit Rücksicht auf den Heilungsprozefs die Prüfungen erst am 9.—11. Tage begonnen und dann nur jeden 3.—4. Tag vorgenommen werden konnten. — Zur Untersuchung bediente sich Verfasser des v. Frey'schen Ästhesiometers, das er etwas modifizierte, eines Glasstahles (zur Wärmeempfindung), des Äthers oder eines zugespitzten Eisstückes (zur Kälteprüfung) und einfacher Nadeln. Die Ergebnisse sind etwa folgende: Die Schmerzempfindung ist von der taktilen wie von der Temperaturempfindung zu trennen. Die Entwickelung der Empfindung in den transplantierten Hautstücken erfolgt vom Rande her. Zuerst tritt meistens die taktile, dann die Schmerz-, zuletzt die Temperaturempfindung auf. Die Gröfse des Lappens, die Ernährungs- und Heilungsvorgänge beeinflussen den Grad der sich entwickelnden Sensibilität) die Vaskularisation ist nicht von Bedeutung. Von seinem Mutterboden bringt der Lappen die spezifischen Sensibilitätsverhältnisse, besonders betreffs der taktilen Empfindung mit, d. h. die alten Nervenendorgane bleiben intakt und dienen den neu hineinwachsenden Nerven als Endorgane. Letztere Hypothese versucht Verfasser unter Hinweis auf seine Beobachtungen zu begünstigen. Für die Lehre von den spezifischen Sinnesenergien folgt aus seiner Hypothese, dafs die peripheren Sinnesorgane vielleicht nicht nur eine reizleitende Bedeutung haben, sondern eine Komponente bilden für das Zustandekommen spezifischer Sinnesempfindungen.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über Veränderungen regionärer Lymphdrüsen bei artifiziellen Hautentzündungen, von R. Winternitz. (*Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol.* 43. Bd.) Verfasser erzeugte durch Injektion von Terpentinöl in Hundepfoten eine Entzündung in den regionären Drüsen und fand dann starke Verminderung der Leukocyten in den aus der Drüsen abführenden Venen. Zur Erklärung zieht er an 1. die Emigration des Entzündungsreizes und 2. die Nekrose erzeugende Eigenschaft des Reizstoffes, die eine direkte Zerstörung der weifsen Elemente herbeiführen kann. *F. Hahn-Bremen.*

Zur Kenntnis der hyalinen Degeneration, von A. Czerny. (Verhandlungen des XVII. Kongresses für innere Medizin. 1899.) Verfasser hat die Verhältnisse desjenigen Hyalins untersucht, welches zur glykogenen und amyloiden Entartung in Beziehung steht. Er fand, dafs dieses glykogenhaltige Hyalin bei Gewebszerfall aus mannigfaltigen Ursachen, am meisten bei Eiterungen gebildet und von dem Entstehungsorte durch weifse Blutkörperchen in die Blutbahn gebracht wird. Hyalin und Amyloid können aber nur im kranken Organismus abgelagert werden und

bestehen bleiben und werden vom gesunden rasch zerstört. Man muß daher, um solche dauernden Degenerationen bei Thieren hervorzurufen, diese in ihrem Ernährungs- bezw. Stoffwechselzustand schwer schädigen, entweder nach Verfasser durch intensive und monatelang unterhaltene Eiterprozesse oder nach KRATZKOW durch Infektion der Versuchstiere mit pathogenen Mikroorganismen. Die Tiere müssen erst kachektisch werden, ehe Amyloidenentartung hervorgerufen werden kann. Stets ist dabei zuerst Hyalin nachweisbar. Erst später Amyloid. *I. Bloch-Berlin.*

Verschiedenes.

Dr. Unnas dermatologische Preisaufgabe für 1899 lautete:

„Es soll untersucht werden, ob und inwieweit alle bisher angegebenen spezifischen Färbungen des Elastins auch Elacin zu färben vermögen."

Die von

Herrn Dr. KRZYSZTALÓWIZ aus Krakau, z. Zt. in Paris,

eingereichte Arbeit wurde als des Preises würdig befunden.

Die Preisaufgabe für 1900 lautet:

Es soll untersucht werden: „Die feinere Architektur der primären Hautcarcinome mit besonderer Berücksichtigung der bei ihnen obwaltenden, verschiedenen Beziehungen zwischen Epithelwucherung und Bindegewebswiderstand."

Nähere Bedingungen im nächsten Heft.

Eine neue Methode der Hautverpflanzung, von T. H. KELLOCK. (*Lancet.* 25. Nov. 1899.) Um den Übelstand der Hautretraktion, welche bei SPIERSCHENschen Transplantationen leicht eintritt, zu vermeiden, empfiehlt K. eine Kombination dieser Methode mit der REVERDINschen, indem er ein Mittelstück von Cutis in toto mit daran hangendem Rande von Epidermis überträgt. Zu diesem Zwecke schneidet er, auf das zu entnehmende Mittelstück zu in zentripetaler Richtung vorgehend, die vier Seitenläppchen von Epidermis mit dem Messer ab, natürlich ohne den Zusammenhang mit dem Mittelstück zu verletzen, und präpariert dann auch dieses letztere ab. Die übrige Behandlung geschieht nach den sonst üblichen Regeln. *Philippi-Itzehoe.*

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XXX. No. 4. 15. Februar 1900.

Aus dem Bezirksspitale zu Kotor-Varos, Bosnien.

Ein Fall von Pemphigus acutus non contagiosus.

Von

Dr. Mark Besmann,
Leiter des Bezirkshospitals.

In die Gruppe jener Krankheiten, welche von akuten Blasenausschlägen begleitet werden, gehört auch der Pemphigus acutus seu febris bullosa, ein selbständiges, sehr selten vorkommendes und daher nur wenig erforschtes Leiden, das nach Art der akuten Infektionskrankheiten einzusetzen pflegt.

In Bezug auf die Ätiologie dieser Krankheit herrscht zur Zeit noch fast völlige Ungewifsheit, denn alle die bekannt gewordenen Einzelerkrankungen, wie auch ganze Epi- und Endemien wurden von den Autoren verschieden gedeutet, und Hebra machte gar den Einwand, dafs in vielen jener bekannt gewordenen Fälle die Diagnose des Pemphigus acutus auf einer Verwechselung mit anderen Hautkrankheiten beruhte.

Nichtsdestoweniger wurde von mancher Seite, mit Rücksicht eben auf das konstatierte epidemische Auftreten der Krankheit, nach der Ursache der Kontagiosität, nach einem „Kontagium" gesucht, und Riehl konnte in einem Falle von Pemphigus acutus bei einem Kinde das Vorhandensein von Schimmelpilzen nachweisen, von welchen Kaposi annimmt, dafs sie möglicherweise die Ursache der Pemphigusblasen bilden.

Nun würde es aber noch einer Aufklärung bedürfen, warum das „Pemphiguskontagium" in dem einen Falle ein typisches Krankheitsbild hervorruft, das sich ausschliefslich auf ein einzelnes Individuum beschränkt, während es in anderen Fällen unter denselben klinischen Symptomen eine Krankheit zu Tage fördert, die epidemisch auszuarten vermag?!

Eine Antwort auf diese Frage wird man schuldig bleiben müssen, so lange das Wesen der in Rede stehenden Krankheit und deren tiefere Ursachen nicht gründlich erforscht sind.

Um aber jene Gegensätze vom ätiologischen Standpunkte abzuschwächen und gleichzeitig zu ermöglichen, beide Arten der Krankheit auseinanderzuhalten, erscheint die Unterscheidung eines Pemphigus acutus contagiosus und eines Pemphigus acutus non contagiosus nach SOLTMANN sehr einleuchtend und gerechtfertigt.

Über einen Fall von Pemphigus acutus non contagiosus, der für die Berechtigung der erwähnten Differenzierung Zeugnis ablegt, erlaube ich mir nachstehend zu berichten:

Nikola Tomić, 60 Jahre alt, aus Vrucica im Bezirke Tesanj, wurde am 26. November 1899 sub Protokoll No. 414 im Bezirksspitale aufgenommen. Die Eltern des Patienten sind vor vielen Jahren gestorben; er ist verheiratet und hat drei verheiratete Söhne; sowohl diese, als auch deren Weiber und Kinder sind vollkommen gesund. Niemals ist irgend ein Mitglied in der Familie an einem Hautausschlage krank gewesen. Patient war stets vollkommen gesund.

Vor ungefähr acht Wochen war er als Schätzungskommissar bei der Beschreibung der Zehntsteuer beschäftigt, und während dieser Arbeit erkrankte er plötzlich unter den Erscheinungen von Schüttelfrost, Kreuz- und Kopfschmerzen; diese Erscheinungen hatten drei Tage lang angehalten, worauf am Körper ein Ausschlag von roten Flecken erfolgte, die sich alsbald in Blasen verwandelten. Die Gröfse der Blasen variierte zwischen einer Haselnufs und einem Taubenei. Nach der ersten Eruption von Flecken und Blasen erfolgten noch mehrere Nachschübe. Das Fieber wurde gering, das Allgemeinbefinden besser; die Hautkrankheit selbst hatte jedoch, trotz aller angewandten Mittel, keine Besserung erfahren.

Patient betont ausdrücklich, dafs in keinem der Orte, wo er infolge seines Amtes zu weilen hatte, Leute mit ähnlicher Krankheit vorhanden waren. Auch ist in seinem eigenen Hause, wo eine Kommunion von 19 Personen (Kinder und Erwachsene) lebt, niemand von den Erwachsenen noch von den Kindern mit ähnlichen Symptomen erkrankt, obwohl seit der Erkrankung des Patienten gar keine Vorsichtsmafsregeln geübt wurden.

Der Kranke erklärt, dafs weder er selbst, noch sonst welches Mitglied in seiner Familie je mit Syphilis behaftet war.

Status morbi vom 26. November 1899.

Mäfsig kräftig gebauter, entsprechend genährter Mann. Eine Vergröfserung der Lymphdrüsen ist kaum nachweisbar. Allgemeinbefinden ziemlich gut. Jucken kaum vorhanden. Subchronischer Konjunktivalkatarrh. An der behaarten Kopfhaut, im Gesichte, am Stamme und an den Extremitäten sind zahlreiche, bohnen- bis wallnufsgrofse, mit trübgrauem Inhalte gefüllte, mehr schlaffe Blasen ausgebreitet, neben welchen sich auch frische, erbsen- bis bohnengrofse, über das Hautniveau erhabene,

dunkelrot gefärbte Flecke vorfinden; bei manchen dieser Flecke sind im Centrum graue Punkte — der Beginn der Blasenbildung — zu sehen. Überdies sind noch an Brust und Rücken zahlreiche, frische und überborkte Hauterosionen vorhanden, die aus geplatzten Blasen hervorgegangen sind. An der Mund- und Wangenschleimhaut sind einige linsengroſse, schmerzhafte Erosionen sichtbar. Über den Lungen leichter Bronchialkatarrh.

Unter der Anwendung von Bädern, von Zinkpräzipitatsalbe und Salicylamylum als Streupulver ist binnen 15 Tagen vollständige Abheilung sämtlicher Efflorescenzen und Erosionen unter Hinterlassung zahlreicher, rotbrauner Flecke erfolgt.

Patient war mit noch zehn Hautkranken auf einem Zimmer untergebracht, eine Übertragung der Krankheit auf andere Personen hat nicht stattgefunden.

Aus der Praxis.

Fort mit dem Leinen!

Von

P. G. Unna.

Wer die Kriege von 1864 und 1866 miterlebt hat, wird sich noch sehr wohl des Eifers erinnern, mit welchem damals noch für die Bedürfnisse der Verwundeten in allen Familien Charpie aus altem Leinen gezupft wurde. 1870 begann unter dem Einflusse Listerscher Ideen die Verbandwatte der altehrwürdigen Charpie Konkurrenz zu machen, um sie bald darauf unter dem Rufe „Fort mit der Charpie“ ganz aus dem Felde zu schlagen und so vollständig zu verdrängen, daſs die jüngeren Ärzte von heute überhaupt wohl keine Charpie mehr zu sehen bekommen haben. An diesem schnellen und radikalen Sieg der Baumwolle über das Leinen haben gewiſs neben der Sterilität der Watte vor allem der damals überaus massenhafte Verbrauch von Verbandzeug und die Billigkeit ausschlaggebend gewirkt. Wenn wir heute rückschauend bedenken, daſs mittelst maschineller und desinfektorischer Einrichtungen sich ebensogut sterile Charpie wie Verbandwatte herstellen läſst, so erscheint die vollständige Verdammung des Leinens als Wundaufsaugematerial nicht gerade gerechtfertigt, da seine kapillaren Kräfte entschieden höher stehen als die der Baumwolle. Nichtsdestoweniger war seinerzeit eine energische Abwendung

von dem durch Jahrhunderte langen Gebrauch geheiligten Verbandsmateria im Interesse der Wundbehandlung durchaus notwendig; sie wäre freilich dennoch wohl ohne Erfolg geblieben, wenn nicht gleichzeitig mit der Verdammung der Charpie eine Empfehlung von etwas Besserem glücklicherweise hätte Hand in Hand gehen können.

Zu einem energischen Anathem, wie die Überschrift es andeutet, kommt man aber nicht an einem Tage oder in gelegentlicher Laune. Es mufs, wie es seiner Zeit bei der Charpie der Fall war, ein unüberwindlicher passiver Widerstand in Gestalt eines eingewurzelten, urväterischen Gebrauches der Einführung des Besseren entgegenstehen; tagtäglich mufs man mit diesem sinnlos gewordenen Dogma sich abgeplagt haben und an der Erziehung seines Krankenmaterials schier verzweifeln, ehe man sich zu einem solchen Verdammungsurteil entschliefst, welches nun, als Feldruf weitergetragen, in der That den Kampf mit dem Dogma aufnehmen kann.

Beginnen wir mit dem einfachsten Fall. Wegen eines trockenen Ekzems oder einer Psoriasis ist eine passende Salbe mit irgend einem reduzierenden Mittel verordnet, aber der Arzt hat vergessen, dem Patienten irgend etwas über die zweckmäfsigste Applikation und Bedeckung der einzureibenden Regionen mitzuteilen. Unter zehn Fällen wird der Patient fünfmal „zur Schonung seiner Kleidung“ seinen doch sonst nicht zu verwendenden Vorrat alten Leinens in Gestalt alter Hemden und Taschentücher angegriffen haben und stellt sich dann am nächsten Male bedeckt mit leinenen Läppchen und Lappen vor, die oft auf die mühsamste und kunstvollste Weise am Körper befestigt sind. Dieselben haben alle Salbe von der Haut gewissenhaft aufgesogen und stellen sich als fettige, bunte Lappen dar, welche bereits einen Teil ihres Inhalts — nicht zur Freude des Patienten — an die Kleidung und Bettwäsche zu übertragen beginnen. Dementsprechend hat die Haut nur den allergeringsten Teil der ihr zugedachten Salbe erhalten und harrt geduldig des therapeutischen Effekts, der bisher noch ausgeblieben ist. Nur wenige Patienten, die bereits gewitzigt oder besonders chirurgisch geschult sind, haben sich anders zu helfen gewufst; sie legten eine dünne Lage Watte über die eingeschmierte Haut und bedeckten dieselbe mit einer regelrecht angelegten Mullbinde. Diese haben fast schon den vollen Erfolg der Salbe zu verzeichnen, denn Watte — besonders nicht entfettete — saugt viel weniger Fett auf als Leinen und läfst sie in viel höherem Mafse der Haut zu gute kommen. Kaum einer der Patienten ist auf den guten Einfall gekommen, die eingeschmierte Haut mit Wolle oder Flanell zu bedecken, sei es in Form einer Bandage oder eines Wollenanzuges und gewifs keiner hat versucht, den maximalen Effekt der Salbe durch das einfache Hülfsmittel zu erzielen, dafs er ein Stück impermeablen Zeuges oder Guttaperchapapier über die Salbe auflegte und festband.

Was für die umschriebene Dermatose, die mit fettigem Mittel behandelt werden soll, das wollige Kleidungsstück oder der impermeable Verband, das ist für universelle derartige „trockene“ Hautleiden der Wollanzug. Leute, die am ganzen Körper mit Chrysarobin-, Pyrogallol-, Theersalben etc. eingeschmiert sind, müssen in Wollanzügen gehen und wenn sie dennoch nach dem alten Dogma, dafs „Leinen gut bei Hautkrankheiten“ sei, sich in Leinen kleiden, so ruinieren sie damit nicht nur ihre Kleidung, sondern verzögern vor allem ihre Heilung in überflüssigster Weise.

Woher kommt denn überhaupt die Volksmeinung, dafs „Leinen gut für die Haut“ ist? Hier liegt ein fundamentales Mifsverständnis vor. Wenn die Haut irgendwo entzündet ist und brennt, so ist zunächst eine kühle Bedeckung erwünscht. Nun ist in der That ein Stück alten gewaschenen Leinens das kühlste Zeug, was man haben kann, denn es saugt die Luftfeuchtigkeit auf und hält sie fest, kondensiert, getragen, ebenso die Hautfeuchtigkeit und kühlt sich durch eine permanente, geringe Verdunstung des aufgenommenen Wasserdampfes unter die Hauttemperatur ab. Leinen ist also in der That eine Annehmlichkeit für die entzündete Haut. Weiter aber nichts; sowie die Heilung der Hautfläche durch Fettsalbe in Betracht kommt, übt es seine kapillaren Kräfte zum Nachteil der Haut an dem Fett der Salbe.

Dieses ist das gewöhnliche Auftreten des Leinens in der Praxis erwachsener Patienten; es ist noch nicht der schlimmste Fall. Denn wo hier die Einsicht fehlt, bewirkt der ästhetische oder ökonomische Sinn des Patienten doch sehr bald, dafs eine Änderung vorgenommen wird und die Salbe unter einer mehr oder weniger impermeablen Bedeckung zur Wirkung gelangt. Anders aber ist es mit den Kinderköpfen, diesem Lieblingssitz schwer heilender Ekzeme und leinener Häubchen. Wo beim Ekzem eines Kinderkopfes irgend eine Neigung zur Ansammlung trockener Schuppen und Krusten besteht, wird jede Therapie machtlos, wenn die leinene Bedeckung nicht energisch verbannt wird. Sei es das leinene Kopfkissen oder das leinene Nachtkäppchen, stets wird das Leinen dem Kopfe die Salbe entziehen und ihre Tiefenwirkung aufheben. Ich habe nichts so schwer gefunden, wie diese einfache Sache den Müttern poliklinisch behandelter Säuglinge begreiflich zu machen. Hatten sie mich scheinbar darin auch recht verstanden, dafs der Kopf mit einer impermeablen Badekappe bedeckt werden sollte, um die Salbe zur Wirkung zu bringen, so kommen sie in der Hälfte der Fälle doch nach ein paar Tagen stolz mit dem Kinde an, welches das durchfettete Leinenhäubchen auf seinem Köpfchen trägt. Hier ist es, wo dem Arzte als Volksaufklärer zuweilen die Geduld reifst und es begreiflich erscheint, dafs er seinem Unmut in dem vielleicht zu weit gehenden, aber jedenfalls richtig verstandenen Anathem Luft macht: Fort mit dem Leinen!

Ist es denn wirklich zu weit gegangen, wenn man das Leinen als Bedeckung der Haut während einer dermatologischen Behandlung ganz verbannt? Scheinbar: ja! Denn es giebt genug Fälle, in denen wir ja auch mit unseren übrigen Mitteln keine Tiefenwirkung erreichen wollen, sondern uns bemühen, Sekrete, Serum und Fett von der Haut abzusaugen, die natürliche Perspiration zu verstärken, die Verdunstung zu beschleunigen, zu kühlen und zu trocknen. Dahin gehören alle akuten, vesikulösen oder nässenden Ekzeme, alle artifiziellen Dermatitiden, Verbrennungen u. s. f. Hier wurde früher gepudert, jetzt werden meistens mit rascherem Erfolge Pasten und Kühlpasten aufgetragen und weshalb sollte da keine leinene Bedeckung, zu welcher der Patient ein natürliches Vertrauen besitzt, zugelassen werden? Wo in solchen Fällen kein irgendwie erhebliches Nässen besteht, ist auch wirklich gegen leinene Unterkleider, leinenes Bettzeug, leinene Bandagen nichts zu sagen; einfach hyperämische, ödematöse, urtikarielle, zerkratzte, heifse Hautflächen, die gepudert oder mit Pasten bedeckt sind, gehören dahin. Wo aber nässende Ekzeme, Verbrennungen und ähnliches vorliegt, saugt das Leinen das eiweifshaltige Serum an, wird hart, trocknet an, wird unter Schmerzen und neuen Läsionen abgerissen und büfst auch beim Patienten bald seinen Nimbus ein. Hierher passen mithin besser Verbände, die aus Paste, Watte und Mullbinde konstruiert sind oder bei umschriebenen Dermatosen, so bei nässenden Kopf-, Hand- und Genitalekzemen, noch besser fest aufgebundene Salbenmulle, falls man nämlich auf die einfache Heilung durch Abtrocknung verzichtet.

So bleibt also nur ein ganz kleines Gebiet der dermatologischen Praxis übrig, wo die leinene Bedeckung nicht vom Übel ist. Wo immer wir sonst mittelst Salbenvehikel eine Tiefenwirkung erreichen wollen, wo dicke Hornschicht (Hände und Füfse), trockene Schuppen und Krusten das Eindringen der Medikamente erschweren, wo hartnäckige trockene oder umgekehrt nässende Affektionen vorliegen, da heifst es dennoch: Fort mit dem Leinen!

Versammlungen.

Berliner Dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 9. Januar 1900.

Originalbericht von Dr. John Hirsch-Berlin.

Blaschko stellt eine Frau vor, deren Gesicht von Tausenden und Abertausenden von **Komedonen** übersät ist. Während die Mitesser früher bei dieser Patientin nur vereinzelt auftraten, setzte im August vorigen Jahres akut wie ein infektiöser Prozefs die kolossale Ausdehnung der Krankheit ein. Man sieht einzelne Partien, in denen die Komedonen als reiner Fall d. h. ohne Spur von Akne auftreten, andere Haut stellen sind hingegen von Akne übersät.

Lesser fragt nach der Beschäftigung der Patientin. — Blaschko giebt an, dafs sie verheiratet sei und sich nur in der Wirtschaft beschäftige. — Lesser kann sich des Eindrucks nicht erwehren, dafs eine äufsere Ursache für die akute Verbreitung der Komedonen in diesem Falle bestanden. — Blaschko erwidert, dafs er weder in der Lebensweise der Patientin einen Anhalt für den akuten Eintritt der Komedonenverbreitung habe finden können, noch gelang es ihm zu eruieren, dafs chemische Stoffe, wie Schmieröl oder Terpentin eingerieben worden seien. — Lesser fragt ferner, ob der Komedoneninhalt chemisch untersucht worden sei, was Blaschko verneint. — Rosenthal empfiehlt als therapeutischen Eingriff mit dem stumpfen Löffel über die Affektion zu fahren; man sieht dann sofort, ob die Färbung eine künstliche sei. — Ostreich neigt zur Annahme, dafs das ganze Krankheitsbild durch eine chemische Einwirkung wie durch Hebrasche Salbe oder eine Schwefelpaste hervorgerufen sei. — Blaschko stellt nochmals fest, dafs die Anamnese keinen Anhaltspunkt zur Erklärung der so auffälligen Erkrankung biete.

Nach Eintritt in die Tagesordnung demonstriert Blaschko einen 55 Jahre alten tabeskranken Mann, der im Oktober vorigen Jahres an **Pemphigus vulgaris** erkrankte. Der klinische Verlauf dieser Erkrankung bietet so viel interessante Punkte dar, dafs eine ausführliche Besprechung angezeigt ist. 1874 acquirierte Patient Syphilis, gegen die er sowohl hier als in Aachen eine Schmierkur durchmachte. Vier Jahre darauf heiratete er; aus der Ehe gingen gesunde Kinder hervor. Vor ca. acht Jahren trat Tabes ein, nachdem er bereits vorher heftige Neuralgien überstanden hatte. Patient suchte jedes Jahr Oeynhausen auf, dessen Bäder eine vorzügliche Wirkung auf sein Leiden ausübten. Auch im vorigen Jahre kehrte er Ende Juni gekräftigt von dort zurück. Im September trat zuerst am rechten Ellenbogen eine Rötung auf; alsdann zeigte sich dieselbe am linken Ellenbogen. Dieselbe Affektion entstand als diffuses reaktionäres Erythem auch an den Kniekehlen. In dem Gebiet der Rötung sah man einzelne stecknadelkopfgrofse Bläschen. Diese Hauterkrankung, welche man für eine Form des Ekzems aussprach, ging unter Umschlägen zurück. Anfang Oktober vorigen Jahres traten an allen Extremitäten Blasen auf. Allmählich stellte sich das Krankheitsbild des Pemphigus ein. Patient ward bettlägerig; es trat Fieber ein, das morgens 38,5 ca. betrug, abends zeitweise sogar auf 40,5 stieg. Trotzdem grofse Arsendosen dem Kranken gereicht wurden, war kein Einfluss auf die Affektion zu merken. Unter hohem Fieber erfolgten immer neue Blaseneruptionen an den Extremitäten, teilweise auch am Rumpte. Blaschko wollte das permanente Bad anwenden, aber Patient konnte sich nicht entschliefsen, das Haus zu verlassen.

Da Antipyrin dem Vortragenden bereits in einem ähnlich schweren Falle gute Dienste geleistet hatte, so entschloſs er sich, dasselbe auch in diesem Falle anzuwenden. Wie mit einem Zauberschlage änderte sich das Krankheitsbild. Die Blasen wurden kleiner. Es wurden mehrere Wochen hindurch 3 g Antipyrin täglich gereicht. Die Blasenbildung hat unter dieser Behandlung ganz nachgelassen; nur ein starkes Jucken und vereinzelte halberbsengroſse Bläschen blieben noch zurück. Auch dieses brachte B. durch feste Einwickelung in Watte zum Schwinden. Um welche Erkrankung hat es sich nun in diesem Falle gehandelt? Ein Erythema bullosum ist ausgeschlossen; eine andere Frage ist es, ob nicht die Blaseneruptionen in Zusammenhang mit der Tabes stehen; aber kein Fall ist in der Litteratur beschrieben, der so wie dieser verlaufen. Das ganze klinische Verhalten spricht für die Annahme eines Pemphigus vulgaris mit einem Verlauf, wie ihn Luithlen in der *Dermat. Zeitschr.*, Bd. 6, Heft 4, für einzelne Fälle beschreibt. Laut Referat aus den *Monatsh. f. prakt. Derm.*, Bd. 19, No. 8, S. 384 heiſst es da: „Fieberhafter Beginn der Erkrankung, Beginn und Hauptlokalisation an den Extremitäten, die Blasen besonders an diesen oft von enormer Gröſse; wiederholte Blaseneruption mit leichten Temperatursteigerungen verbunden; . . . . .“ Allerdings lieſs sich bei diesem Patienten nicht mit Sicherheit feststellen, ob die Erkrankung von vornherein mit Fieber eingesetzt hat, ja es ist dies sogar unwahrscheinlich, gleichwohl bestehe kein Zweifel, daſs es sich um Pemphigus hier gehandelt hat. Ein Mittel, wie das Antipyrin, welches so viele Erscheinungen an der Haut hervorbringt, ist wohl geeignet in gewissen Fällen von Pemphigus eine völlige Heilung herbeizuführen. B. empfiehlt daher, dieses Mittel immer wieder zu versuchen.

Lesser wirft die Frage auf, ob es sich nicht um Pemphigus acutus gehandelt. Es ist dies eine ganz eigenartige Infektionskrankheit. Manches paſst aus dem Symptomenkomplex, den der Vortragende angegeben, in den Rahmen jener Krankheit, die doch immerhin vom Pemphigus vulgaris sehr abweicht. Freilich trat bei dem Patienten nicht gleich im Anfang das Fieber ein; das ist ungewöhnlich. Der rasche Ablauf des Prozesses — zwei Monate — paſst auch in das Krankheitsbild des Pemphigus acutus. — Rosenthal führt aus, daſs man schwerlich eine andere Diagnose wird stellen können, da der vorgestellte Fall bereits abgelaufen ist. Auch hat Blaschko bereits erwähnt, daſs differentialdiagnostisch auch die centrale Affektion für die Entstehung der Blasen in Betracht zu ziehen ist, zumal die Blaseneruption hauptsächlich die Extremitäten befiel. Der Pemphigus vulgaris kann heilen, das ist kein Grund die Diagnose anzuzweifeln; gleichwohl wird man das Krankheitsbild nur mit gewissen Bedenken als Pemphigus vulgaris auffassen dürfen. — Blaschko meint, daſs es nur Geschmackssache sei, ob man diesen Fall in die Gruppe des Pemphigus acutus oder in diejenige des Pemphigus vulgaris einreihe. Wir kennen die Ätiologie des Pemphigus nicht. Die Akuität kann nicht ausschlaggebend sein. Auch der Lupus erythematodes verläuft zuweilen akut, bisweilen chronisch. Es ist ja noch eine Frage, ob nicht der Pemphigus sich in diesem Falle noch länger hingezogen hätte, wenn nicht Antipyrin gereicht worden wäre. Seiner Meinung nach gehöre dieser Pemphigus in die Gruppe, welchen Luithlen charakterisiert, deren Beginn und Hauptlokalisation eben die Extremitäten sind.

Hierauf hält Berger den angekündigten Vortrag: **Beiträge zur Blasenphotographie.** Er legt die Gründe dar, weshalb die Blasenphotographie bisher so selten angewandt wurde. Sie lagen zunächst in der langen Expositionszeit und zweitens in der Umständlichkeit der Handhabung des Apparates resp. der Kassette. Der erste Punkt — die lange Expositionszeit — wurde durch lichtstärkere Linsen des optischen Teiles des Apparates, ferner durch erhöhte Lichtstärke der Glühlampe, schlieſslich noch durch Benutzung sehr lichtempfindlicher Platten resp. farbenempfindlicher

Platten beseitigt. Auf diese Weise gelang es bei 24 Volt Spannung und herabgehend bis zu 12 Volt Momentaufnahmen in der Blase zu machen. Der zweite Punkt — die Umständlichkeit der Handhabung des Apparates resp. der Kassette — wurde ebenfalls beseitigt. Dies geschah durch Anwendung einer perforierten Kassette, d. h. die hintere Wand der Kassette — bei dem Hirschmannschen Cystoskop zwischen Okular und reellem Blasenbild befindlich — wurde ebenfalls wie die vordere mit denselben Öffnungen für die Beleuchtung der Platte, allerdings in den doppelten Abständen, versehen, sodafs in ungeladenem Zustande derselben ein Durchblick durch diese Öffnungen gestattet war. An Stelle der Glasplatten wurden gleichfalls perforierte Films verwendet. Bei Vorwärtsbewegung der scheibenförmigen Kassete mittels eines kleinen Hebels wurde dann abwechselnd eine Einstellung des Blasenbildes und eine Beleuchtung des Films erreicht. Berger demonstriert einige der gelungenen Momentbilder, z. B. einen Fall von Blasentuberkulose, ferner das Photogramm eines Ureterkatheters, der zum Orificium uretericum zieht.

In der Diskussion führt Casper aus, dafs die Photographie zu diagnostischen Zwecken keinen Wert habe, wohl aber zu Lehrzwecken. Auch vor Berger haben wir bereits sehr gute Blasenphotogramme gehabt; ja wir besitzen sogar einen sehr schönen Atlas. Bergers Verdienst ist es, dafs die Expositionszeit nicht mehr wie bisher 30 Sekunden dauere, sondern nur einen Moment. — Berger betont, dafs bei seinem Verfahren ein Mifserfolg ganz ausgeschlossen sei.

Fachzeitschriften.

American Journal of Dermatology and Genito-Urinary Diseases.

September 1899.

1. **Wie das Klima die Haut und deren Erkrankungen beeinflufst,** von Duncan Bulkley-New York. Der Verfasser betrachtet den Einfluſs des Klimas — im weitesten Sinne — auf die Haut in dreifacher Hinsicht, nämlich: Einfluſs auf die gesunde Haut, Verursachung von Hautveränderungen durch das Klima und Beeinflussung der kranken Haut durch dasselbe. Dafs das Klima auf die gesunde Haut einen Einfluſs ausübt, steht fest. In kälteren Zonen ist der Bartwuchs kräftiger als in tropischen; hier die Haut fettreicher als wie dort u. a. mehr. Dafs klimatische Einflüsse gewisse Leiden hervorrufen können, beweist die Geschichte der Lepra, welche z. B. in Nordamerika fast garnicht vorkommt; ferner die Filariaerkrankung, die Aleppobeule, Ainhum, Pellagra u. a. Pityriasis vesicolor floriert in warmen Ländern und befällt 4% und mehr aller Insassen der indischen Gefängnisse. In abnorm kalten Gegenden (Island, Grönland) gedeiht die Lues nicht, sondern erlischt immer wieder, sobald sie eingeführt ist. Zu klimatischen Einflüssen ist auch die Einwirkung der verschiedenen Jahreszeiten auf die Haut zu rechnen. Ekzem, Psoriasis und Ichthyosis verschlimmern sich im Winter, Urticaria und Erythema multiforme sind im Herbst und Frühling häufiger, Miliaria und Schweifsdrüsenaffektionen im Sommer. Was den Einfluſs des Klimas auf erkrankte Haut betrifft, so bessern sich bei klarem, frischem, trockenem Wetter die Ekzeme (Höhenklima). Der günstige Einfluſs warmer Temperatur auf Psoriasis ist bekannt. Sie ist in den Tropen selten. Die dumpfe Atmosphäre der Städte begünstigt die Entwickelung parasitärer Dermatosen.

2. **Der Einfluſs von Miſsbildungen und Störungen der Genitalien der Frau auf deren Geschlechtstrieb**, von Bacon - Chicago. Wie die Libido sexualis sich bei absolutem Fehlen von Ovarien, Tuben oder Uterus beziehentlich aller drei Organe verhält, läſst sich bei der Seltenheit dieses Vorkommnisses nicht beurteilen. Entwickelungsstörungen der Gebärmutter (Uterus bipartus, bicornis) thun der Libido keinen Abbruch, eben so wenig wie Mangel der Vagina, was daraus erhellt, daſs in solchen Fällen die Urethra deren Stelle vertreten muſs. Wohl aber haben Defekte der äuſseren Genitalien Einfluſs auf den Geschlechtstrieb. Libido und Mons veneris befinden sich in direkter Proportion. Verwachsungen der Ausläufer der beiden Labienpaare, so daſs sie die Clitoris ganz oder gröſstenteils bedecken, haben eine Herabsetzung des Triebes zur Folge. Einerseits sind daran durch zurückgehaltenes Phlegma erzeugte Erosionen Schuld, anderenteils Infantilismus der Clitoris. Erstere führen zur Masturbation, die dann an Stelle der normalen Libido tritt. Mit Hyperplasien der Clitoris, Labien und Nymphen ist eine gesteigerte Geschlechtslust verbunden. Operative Entfernung eines und auch eine teilweise des anderen Ovariums beeinflussen dieselbe nicht. Eine wirkliche Abnahme tritt erst nach radikaler Ovariectomie ein, doch kann, wenn die Eierstöcke viel Schmerzen verursacht hatten, nach der Operation eine vorübergehende Anregung der Libido erfolgen. Bleiben die Ovarien erhalten, so stört Entfernung von Uterus oder Tuben den Geschlechtstrieb nicht. Die Wegnahme der Clitoris setzt ihn herab, ohne ihn aufzuheben, da auch die Labien vom N. pudendus aus Zweige empfangen. Akute Blennorrhoe beeinträchtigt, wie Verfasser glaubt, den Geschlechtstrieb, doch behaupten andere Autoren das Gegenteil. Chronische blennorrhoische Sekretion giebt durch Reizungen und Jucken Anlaſs zu erhöhter Libido. Alle schmerzhaften anderen Komplikationen setzen sie herab.

3. **Cystitis**, von Henry Dowd - Buffalo. Kurzer Abriſs über Symptomatik, Therapie und Prognose der Cystitis acuta und chronica.

4. **Hautsymptome und interkurrende Erscheinungen der Syphilis**, von Martin-St. Louis. Die Aufzählung der cutanen Manifestationen der Lues, wie sie der Verfasser hier giebt, mutet an wie ein Kapitel aus einem Vademecum der Geschlechtskrankheiten und dürfte nur einem Studenten der ersten klinischen Semester Neues bringen.

5. **Rationelle Behandlung des chronischen Trippers**, von Blaine - Denver. Der Verfasser unterscheidet drei pathologische Varietäten, 1. eine Entzündung gröſserer Schleimhautbezirke, 2. Strikturen und 3. granulösen Zustand der Urethra. Die erste Form macht etwa 10% aller chronischen Blennorrhoen aus, in die übrigen 90% teilen sich die beiden anderen Abarten. Welche von dreien vorliegt, diagnostiziert Verfasser durch Sondierung mit einer Otissonde. Es bedarf des Spiegels nicht. Strikturen lassen sich leicht nachweisen; gröſsere entzündete Partien sind schmerzhaft bei der Sondierung. Bei der granulären Erkrankung der Harnröhre wechselt Schmerz und Unempfindlichkeit je nach Gröſse und Lage der Prozesse ab. Für die Behandlung der ersten Varietät zieht Blaine Tonica, intern gegeben und schwache galvanische Ströme von 1,5 Milliampères — 1 mal pro Woche — den Injektionen, Wasserspülungen und Sondierungen vor. Gedehnte oder geschnittene Strikturen behandelt Verfasser mit dem galvanischen Strome nach. Letzterer genügt allein zur Beseitigung mäſsig starker und relativ frischer Harnröhrenverengerungen. Bei granulärer Urethritis wird ebenfalls wieder Galvanisieren ($2^1/_2$ M. A. 5 Minuten lang, alle 4 Tage) empfohlen, daneben Instillationen, welche aber angeblich zu viel Schmerzen machen. Nach dem Galvanisieren Injektion schwacher Desinficientien. Zum Beweis

der Richtigkeit seiner „einzig zweckmäfsigen“ elektrischen Kuren gegen chronischen Tripper führt der Verfasser 7 Krankengeschichten an.

6. **Augenkrankheiten infolge von Syphilis**, von Hilscher-Spokane. Syphilis des Auges ist viel häufiger als die Syphilidologen angeben, deren Patienten oft schon aus der Kur entlassen sind, wenn die Augen affiziert werden. 40—60% aller idiopathischen Krankheiten des inneren Auges sind syphilitischer Natur. Die Augenerkrankung folgt oft 10 und 20 Jahre der Infektion, vielfach ist sie auch hereditärer Natur. Am häufigsten befällt die Lues die inneren Schichten des Auges (Iritis, Cyclitis, Chorioiditis, Retinitis, Neuritis). Beinahe pathognomonisch für Lues ist die Keratitis interstitialis, welche sehr oft bei Lues hereditaria vorkommt. Die meisten Autoren erklären 60—70% aller Fälle von Iritis und Cyclitis für syphilitisch. Von Bedeutung sind ferner noch die durch Hirnlues bedingten Lähmungen der Augenmuskulatur, ganz zu geschweigen von den primären und sekundären Symptomen, welche sich an Lidern und Konjunktiven lokalisieren können.

7. **Diabetes mellitus und seine Behandlung**, von Reed-Battlecreek. Der Verfasser, nach dessen Untersuchungen 15% aller Diabetiker Eiweifs im Urin aufweisen, behandelt Diabetes, wie er angiebt, mit besonderem Erfolg durch Darreichung von viel Lithionwässern und Eulexine, einem Präparat, über dessen Zusammensetzung und Wesen leider nichts in dem Artikel enthalten ist.

8. **Behandlung der Acne**, (Verfasser fehlt.) Aus der angegebenen Therapie ist vielleicht folgendes herauszugreifen: Nach Ablauf der akuten Periode Arsenik, am empfehlenswertesten mit Eisen und Strychnin zusammen. In schwereren Fällen drei mal täglich 1 Efslöffel voll Glycerin.

9. **Karfunkel**, (Verfasser fehlt.) Der Aufsatz betont, dafs der Karfunkel nicht etwa einen besonders schweren Furunkel darstellt, sondern das Symptom einer Allgemeininfektion darstelle. Während der Furunkel, wie der Verfasser meint, meist bei nicht völlig gesunden Menschen auftritt, pflegen Kranke, die an Karfunkel erkranken, oft gänzlich gesund zu sein. Auch hat letzterer bestimmte Prädilektionsstellen: Rücken, Nacken und Streckseiten, endigt auch öfters in Gangrän, was der Schwär nie thut. Die Nackenkarfunkel werden wegen der Nähe des Gehirns und anderer lebenswichtiger Organe besonders gefährlich. Therapie bringt nichts Neues.

10. **Ein neues wertvolles Dermatotherapeuticum**, von Ohmann-Dumesnil-St. Louis. Kestin, ein Gemisch aus Gamma-Trinitrophenol, Resorcin, Borsäure und Formalin wird vom Verfasser als wertvolles nicht reizendes, stark entzündungswidriges Antisepticum und als Keratoplasticum empfohlen. Es ist ein grünliches, schwach alkalisches, mit Wasser in jedem Verhältnis lösliches Pulver, dessen Hauptagens das Trinitrophenol darstellt. (Wir haben gerade in Deutschland genug neue Präparate. Der Referent.) *Hopf-Dresden.*

Journal of cutaneous and genito-urinary diseases.

Band 17. November 1899.

I. **Einige Fälle von bilateralem Naevus linearis**, von J. Dyer-New Orleans. Morrow hat für die linearen Naevi folgende charakteristische Merkmale aufgestellt:

1. Ihre lineare Anordnung, welche in gewissen Fällen bestimmten Nervenbezirken oder natürlichen Hautlinien folgt.
2. Ihre unilaterale Verteilung.
3. Ihren papillären oder verrukösen Charakter.
4. Ihren kongenitalen Ursprung oder ihre Entwickelung in der frühesten Kindheit.
5. Die mit denselben verknüpften Sensibilitätsstörungen.

6. Ihre Neigung fortzuschreiten oder sich zurückzubilden.

Die drei Fälle, welche Verfasser beschreibt, müssen, wenn man Morrows Aufzählung der charakteristischen Merkmale gelten läßt, wegen einiger Verschiedenheiten eine gesonderte Stellung einnehmen:

1. In keinem derselben war der Ausschlag bei der Geburt vorhanden.

2. Alle drei Fälle zeigen eine bilateral symmetrische Verteilung.

3. Jeder derselben zeigt einen anderen Typus von Naevus, der erste den rein verrukösen, der zweite den vaskulären oder erektilen, der dritte den rein pigmentären Charakter.

Der erste Fall betraf einen 8jährigen, gesunden, kräftig gebauten Knaben, bei welchem der Ausschlag einige Tage nach der Geburt beobachtet wurde, aber so unbedeutend war, daß er kaum die Aufmerksamkeit auf sich gelenkt hat. In den letzten drei Jahren hat er sich in bedrohlicher und den Knaben entstellender Weise ausgedehnt. Der Ausschlag hat ganz symmetrisch Gesicht, Schultern, Brust und Rücken beider Körperhälften befallen. Die Efflorescenzen sind durchweg papillär oder verrukös, verschieden groß, einige flach, andere gestielt. Am Halse sieht man die größten, von denen die meisten tief dunkelbraun bis schwarz pigmentiert sind. — Das Allgemeinbefinden des Knaben ist durch die Affektion in keiner Weise gestört. Doch zeigt der Patient ein entschieden nervöses Temperament.

Fall 2 betrifft ein 17jähriges Mädchen, das stets gesund war, auch jetzt sich eines guten Wohlbefindens erfreut, regelmäßig menstruiert und trotz augenscheinlicher Nervosität gut schläft. Einige Monate, bevor sie zum ersten Male die Menstruation hatte, trat der Ausschlag auf, der nach der Beobachtung der Patientin bei heißem Wetter, auch um die Zeit der Periode sich zu verschlimmern scheint. Die Efflorescenzen sind bilateral auf das Gesicht und zwar Kinn, Nase, Nasenflügel und Umgebung der letzteren beschränkt. Sie sind, wenn auch zu Haufen gruppiert, doch jede einzeln erkennbar; die einen stellen kleine, flache, zumeist verruköse Tumoren, die anderen stecknadelkopfgroße, gestielte Massen dar. Ihre Farbe ist bei den einen rötlich, bei den anderen dunkelblau.

Fall 3 betrifft ein 21 Monate altes, sehr gesund aussehendes Kind, bei welchem der Ausschlag sechs Wochen nach der Geburt über dem Abdomen auftrat und sich dann beiderseits nach aufwärts und nach hinten halbkreisförmig an den Rippen entlang ausdehnte. Er zeigt einen rein pigmentären Charakter.

II. **Bemerkungen über die Behandlung der Scabies,** von Samuel Sherwell-Brooklyn. Verfasser empfiehlt, bei der Behandlung der Krätze die forzierten Methoden zu verlassen und lieber zu den milden, altbewährten Schwefelblumen zurückzukehren. Seine Methode, welche er namentlich bei mehreren derselben Familie angehörigen, mit Scabies behafteten Mitgliedern anwendet, ist folgende: Alle nehmen an einem und demselben Abende ein Bad, die älteren Patienten waschen sich, besonders die am stärksten befallenen Stellen, gut mit Seife ab; bei den ganz kleinen Kindern wird die Seife fortgelassen. Hierauf werden Rumpf und Extremitäten mit etwa einem halben Theelöffel Schwefel schwach eingerieben, die Bettwäsche und Unterkleider werden gewechselt, ebenfalls mit einem halben Theelöffel Schwefel gepudert. Jeden zweiten oder dritten Abend wird dasselbe Verfahren wiederholt. In den einfachen Fällen ist nach etwa einer Woche die Heilung erzielt, in schwereren dauert die Behandlung in der beschriebenen Weise etwas längere Zeit fort.

Verfasser hat diese einfache Methode seit mehr als 25 Jahren mit guten Erfolgen geübt. Sie wird auch von den meisten seiner Schüler und vielen Brooklyner Ärzten befolgt, sodaß die Scabies zur Zeit in Brooklyn eine sehr seltene Hautkrankheit ist.

Dezember 1899.

I. **Multiple, benigne Sarkoide der Haut,** von C. Boeck-Christiania. Verfasser hat von dieser seltenen Affektion in Norwegen nur zwei Fälle beobachtet, einen vor vielen Jahren, über den er jedoch keine Notizen besitzt; der zweite bildet die Grundlage der gegenwärtigen Arbeit. Es handelt sich um einen 36jährigen Patienten, der früher stets gesund gewesen ist, weder an Skrophulose noch an Syphilis gelitten hat. Seine Kinder sind gesund. Die Hautaffektion zeigte sich zuerst auf der Stirn, dehnte sich über andere Teile des Gesichts aus, ergriff allmählich die Kopfhaut, den Stamm und die Extremitäten.

Gegenwärtig sieht der Patient etwas blafs aus, fühlt sich aber leidlich wohl, und seine Funktionen sind normal. Auf der Stirn und an den Schläfen sieht man kleinerbsen- bis bohnengrofse, sehr schwach erhabene Efflorescenzen, die dem betastenden Finger sich als wohl begrenzte, in die Tiefe eindringende Knötchen und Infiltrationen präsentieren. Die kleineren zeigen eine gleichmäfsig gelblichbraune Farbe und schwache Abschuppung, die gröfseren eine leichte, centrale Depression, die wegen ihrer bläulichroten Farbe scharf mit dem Rande kontrastiert. Wenn die Gewächse an Gröfse zunehmen, flachen sie sich ab und bekommen unregelmäfsige Konturen. Die gröfsten zeigen bei näherer Besichtigung eine atrophische, von dilatierten Gefäfsen durchzogene centrale Partie, die von einem nur sehr schmalen Rande umgeben ist. Das Centrum sieht dann für gewöhnlich bläulichrot und der Rand gelb aus. Die vordere Fläche des Stammes ist vollständig frei von der Affektion. Von den oberen Extremitäten sind nur die Streckseiten befallen. Hier liefs sich die Entwickelung der Efflorescenzen gut verfolgen. Im Beginne liegen sie tief in der Haut, fühlen sich bereits hart und gespannt an und sehen hochrot aus, im weiteren Verlaufe werden sie dunkler, einige zeigen in der Peripherie ein gelblichbraunes Aussehen. Von den Oberschenkeln ist nur der linke in geringem Mafse befallen. Man sieht an seiner inneren und hinteren Fläche genau unter den Nates Gruppen von zahlreichen, sehr kleinen bläulichen oder bräunlichroten flachen Papeln; ferner ist gerade über der Patella derselben Seite ein harter, mächtiger Knoten sichtbar. Über der rechten Patella befindet sich eine flache Infiltration von unregelmäfsiger Gestalt und blauer Farbe, teilweise in einer sehr alten Narbe, teilweise um dieselbe herum entstanden. An den Unterschenkeln bemerkt man einige grofse, dunkelbraune, atrophische Flecke, welche von verschwundenen grofsen Knoten herrühren. Nirgends ist es zu einer Exsudation noch zu einer Ulceration gekommen. Die Cubital- und Axillardrüsen sind enorm geschwollen. Das Blut zeigt etwas vermehrte Leukocyten.

Die histologische Untersuchung wurde an zwei excidierten Knoten vorgenommen. Im ganzen Bereich des Corium bemerkte man scharf umschriebene Herde, welche aus epithelioiden Bindegewebszellen bestanden und ihren Ausgang in den perivaskulären Lymphräumen zu nehmen schienen. In einigen Herden fanden sich wirkliche Riesenzellen von sarkomatösem Typus. Überall im Corium zeigte sich eine ausgesprochene Tendenz zur Bindegewebszellproliferation. Die elastischen Fasern waren in den neugebildeten Herden vollständig verschwunden, dagegen im umliegenden Gewebe scheinbar noch intakt. Die Epidermis schien von dem Krankheitsprozefs im Corium nicht sehr in Mitleidenschaft gezogen. Nur die Retezapfen über den jüngeren Knoten hatten durch den Druck von unten her eine pathologische Veränderung erfahren. Ebenso wie das Stratum corneum sind auch die Hautanhänge nur wenig affiziert. Die Untersuchung auf Mikroorganismen fiel negativ aus.

Was die Prognose betrifft, so glaubt Verfasser, dafs die Affektion eine gutartige zu sein scheine und unter Arsenik oder auch spontan verschwinden werde.

Verfasser sucht in der Litteratur vergeblich nach analogen Fällen. Nur

„Mortimers Malady", von der Hutchinson im *Archiv of surgery*, Oktober 1898, einige Fälle beschreibt, scheint der vorliegende in vielen Punkten ähnlich zu sein. Angesichts mancher wesentlicher Verschiedenheiten und mangels der histologischen Untersuchung in den Hutchinsonschen Fällen vermag Verfasser den seinigen mit jenen nicht zu identifizieren. (Der Artikel erschien in No. 11, 1898, des *Norsk magazin for lægevidenskaben.*)

II. **Chirurgische Gesichtspunkte für eine Operation der Samenbläschen,** von P. R. Bolton. Verfasser teilt seine Erfahrungen mit, die er bei der langjährigen Beobachtung eines Falles gemacht hat. Es handelt sich um einen 25jährigen Mann, der im Alter von 10 Jahren eine tuberkulöse Hüftgelenkentzündung, im Alter von 21 Jahren Tuberkulose des rechten Testikels bekam. Der letztere wurde vom Verfasser exstirpiert. Vor zwei Jahren acquirierte der Patient eine akute Blennorrhoe, die mit einer Epididymitis kompliziert wurde. Bis auf einen zurückbleibenden, harten Knoten heilte dieselbe ab. Da in der Folgezeit der Knoten einen tuberkulösen Charakter annahm, so wurde er reseciert, und das umliegende Gewebe kauterisiert. Nach einem Jahre holte der Patient sich wieder eine Blennorrhoe, an welche sich sofort eine Epididymitis anschloſs. Dieselbe nahm bald eine unerträglich tuberkulöse Beschaffenheit an und breitete sich rapid längs des Vas deferens aus.

Der Verfasser beschreibt im folgenden sehr eingehend die verschiedenen Operationsmethoden zur Beseitigung des erkrankten Hodens, Nebenhodens, des Vas deferens und der zugehörigen Samenbläschen.

Drei Wege kann man einschlagen, um die Samenbläschen zum Zwecke der operativen Entfernung zu erreichen: Den inguinalen, den perinealen und den sakralen. Die Phasen der inguinalen Operation sind folgende:

1. Incision über dem Leistenkanal, parallel dem Poupartschen Bande.

2. Spaltung der Aponeurose des Musculus obliquus externus über dem Leistenkanal, Trennung des Vas deferens und Enucleatio testis.

3. Unterbindung der tiefen epigastrischen Gefäſse und Incisionen in die Fascia transversalis.

4. Trennung des Peritoneums von der Wand der Fossa iliaca, des Beckens und der Blase längs des Verlaufes des Vas deferens hinauf bis zum Ureter.

5. Loslösung und Hervorziehen des Vas deferens und der Umgebung des Ureters.

6. Trennung des Vas deferens und der Samenbläschen vom Blasengrunde und von der Prostata und definitive Entfernung.

Verfasser teilt uns auch die Phasen der perinealen und der sakralen Operation mit und bespricht die Vorteile und Nachteile der einen und der anderen Methode.

III. **Ein Fall von Salicylsäuredermatitis,** von M. F. Engman - St. Louis. Der 40jährige Patient kam am 22. Mai 1899 in die Hautklinik mit einem Ausschlag, der vor einigen Tagen aufgetreten war und sich stetig verschlimmert hatte. Etwa 14 Tage zuvor war der Patient an Gelenkrheumatismus erkrankt und hatte gegen denselben Salicylpulver nach einem alten Rezepte eingenommen. Wenige Tage später empfand er Jucken und Brennen in den Handrücken und Fingern. Gleichzeitig begannen dieselben zu schwellen, sich zu röten und mit Flecken zu bedecken. Der Ausschlag ergriff bald die Streckseiten der Handgelenke, der Vorderarme, das Gesicht und den Hals.

Als Verfasser den Patienten zum ersten Male sah, bestand der Ausschlag wesentlich aus erythematösen, glatten, scharf begrenzten, etwas erhabenen, genau symmetrisch verteilten Plaques. Das Allgemeinbefinden war gut. Der Urin enthielt kein Eiweiſs und keine Niederschläge, ergab aber mit Eisenchloridtinktur die für Salicylsäure charakteristische Reaktion.

Im weiteren Verlaufe der Krankheit wurden einige der roten Plaques im Centrum pustulös, fast nekrotisch. Beim Abheilen blieb eine kleine, weiche Vertiefung zurück. Andere Plaques bedecken sich mit gelblichen fettigen Schuppen und erinnerten so an Unnas Eccema seborrhoicum.

Nach dem Aussetzen des Medikaments verschwand der Ausschlag vollständig.

Behufs histologischer Untersuchung wurde ein kleines Stück Haut von der Peripherie eines erythematösen Plaques auf dem Handgelenk excidiert, in Formalinlösung gebracht, in absolutem Alkohol gehärtet, in Celloidin eingebettet, geschnitten und nach verschiedenen Methoden gefärbt. Die histologischen Befunde werden vom Verfasser mit einer bewundernswerten Ausführlichkeit mitgeteilt und dann in Kürze folgendermafsen rekapituliert:

1. Dilatation der Gefäfse mit entzündlichen Veränderungen in ihren Wänden.
2. Ödem der Gewebe.
3. Hypertrophie des kollagenen Gewebes.
4. Zellinfiltration um alle Gefäfse, besonders stark ausgesprochen in der subpapillären Schicht.
5. Bildung von mit entzündlichen Zellen dicht bepackten Herden und von intracutanen Abscessen. .
6. Diese Abscesse befallen sekundär die Haarfollikel.
7. Proliferation der Bindegewebszellen längs des Verlaufes der Gefäfse und um die entzündlichen und abscedierten Bezirke herum.
8. Ablagerung von Fibrin an gewissen Stellen.
9. Dilatation der Lymphräume der Epidermis mit Ödem der Epithelzellen.
10. Nekrosis der Epithelzellen in Bezirken mit Neigung zur Bläschenbildung.
11. Invasion von Wanderzellen in die Epidermis.

IV. Ein Fall von Kastration mit negativem Erfolge, von E. L. Keyes jun.- New York. Es handelt sich um einen 63jährigen, verheirateten Mann, der bis zum Herbst 1897 ganz gesund war, als eines Tages sich vollständige Harnverhaltung bei ihm einstellte und von dieser Zeit an den ständigen Gebrauch eines Katheters notwendig machte. Nahezu acht Monate fühlte er sich sehr wohl dabei, bis er Juni 1898 an einer akuten Cystitis erkrankte. Das Katheterisieren war erschwert und mit Schmerzen verbunden, der Urin blutig.

Die Untersuchung des Patienten, der schwach und anämisch war, ergab, hinsichtlich des Vorhandenseins von Steinen, ein negatives Resultat. Per rectum konnte man eine vergröfserte, feste Prostata fühlen.

Da die Beschwerden des Patienten unter täglichem mehrmaligen Einführen eines dünneren Katheters und regelmäfsigen Ausspülungen der Blase, und innerlich unter dem Gebrauche von Salol, Urotropin, Borsäure, Wintergrünöl, Strychnin in verschiedenen Kombinationen nur sehr wenig nachliefsen, so wurde eine radikale Therapie beschlossen. Mit Rücksicht auf das Allgemeinbefinden des Patienten wurde von der Prostatektomie abgesehen und dafür die Kastration vorgenommen. Ein Jahr ist seitdem verstrichen, ohne dafs nach irgend einer Richtung hin Besserung in dem Zustande des Kranken eingetreten wäre. Die Gröfse der Prostata ist ungefähr dieselbe geblieben.

Verfasser zieht aus dieser einzigen eigenen Beobachtung folgende Schlüsse:

1. Die Prostatahypertrophie in dem vorliegenden Falle ist hauptsächlich eine periphere und deshalb von der Behandlung unberührt geblieben.

2. Die Cystitis hat zwar keine Fortschritte gemacht, aber die Operation hat auf sie keinen bemerkenswerten Effekt ausgeübt.

3. Vielmehr ist die geringe Besserung nach der Operation auf die Bettruhe und

die regelmäfsigen, sorgfältigen Blasenirrigationen, welche im Hospital vorgenommen wurden, zurückzuführen.

4. Die Kastration war ein Fehler.

5. Die perineale Prostatektomie, wahrscheinlich mit Lithotripsie, da nachträglich ein kleiner Stein entdeckt wurde, ist nunmehr indiziert. *C. Berliner-Aachen.*

Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle.

1899. Heft 4.

Ein Fall von syphilitischer Reinfektion, von A. Spagola. Die syphilitische Reinfektion zeigte sich bei dem Patienten circa vier Jahre nach den letzten Erscheinungen der ersten Erkrankung in Gestalt eines Schankers des Präputiums, gefolgt von einem maculo-papulösen Exanthem.

Die Autoserotherapie der Syphilis und die Immunisation gegen das syphilitische Virus, von L. Levi. Verfasser geht bei seiner Methode von dem Prinzipe aus, dafs das syphilitische Virus in der Initialperiode noch nicht im Organismus verbreitet ist, sondern noch von den Lymphdrüsen zurückgehalten wird. Er hat deshalb früher schon, wie er mitteilt, mit Erfolg die Excision der Schanker bei circa 20 Patienten möglichst frühzeitig ausgeführt. Es gelingt aber auf diese Weise kaum, das Gift vollständig zu zerstören, weshalb er zu einer neuen bisher noch nicht geübten Methode Zuflucht genommen hat. Er kauterisiert wiederholt den Schanker mit dem Thermokauter, wodurch er nicht allein eine mehr oder weniger vollständige Zerstörung des spezifischen Virus erzielen will, sondern es soll dadurch auch noch ein Zufluſs des Giftes und von Leukocyten nach der kauterisierten Stelle stattfinden und ein reaktiver, entzündlicher Prozefs zu stande kommen, welcher die nach der Kauterisation noch zurückgebliebenen Produkte zerstört. Nach dieser, wie uns scheint, ziemlich optimistischen Auffassungsweise richtet man sich auf dem zu behandelnden Organismus selbst gewissermafsen ein kleines serotherapeutisches Laboratorium ein, wo die Autotoxine zur Immunisation des Körpers zubereitet werden. Verfasser hat vier Fälle nach dieser Methode behandelt und vorläufig gefunden, dafs die Anwendung dieses Serums ganz unschädlich ist, dafs sie weder lokale noch allgemeine Erscheinungen verursacht und eine günstige therapeutische Wirkung gegen die Erscheinungen der frischen Syphilis auszuüben scheint.

Über eine besondere Veränderung der Drüsen der Mundschleimhaut, von Respighi. Verfasser hat relativ häufig bei Individuen, unabhängig von Hautaffektionen, auf der Schleimhaut der Wangen rundliche, gelbliche, flache oder leicht erhabene, punktförmige, bis stecknadelkopfgrofse Körperchen konstatiert, die gewöhnlich ganz oberflächlich gelegen zu sein schienen. Dieselben sind selten einzeln, sondern meist in Gruppen von 3—5 und mehr vereinigt. Die Gruppen haben eine rundliche oder aber eine streifenförmige Form. Meist ist nur eine Gruppe auf der ganzen Schleimhaut zu entdecken; zuweilen auch zwei oder drei. Die Erscheinung zeigt keinen Zusammenhang mit der Berührungslinie der beiden Zahnreihen, ebenso wenig mit dem Vorhandensein von kariösen Zähnen. Man findet sie meist auf der Wangenschleimhaut, seltener auf den Lippen, dem Zahnfleisch oder auf dem Gaumen und der Zunge. Bei Männern sind sie viel häufiger als bei Frauen und Kindern. Bei Rauchern und Trinkern scheinen sie etwas häufiger vorzukommen. Die mikroskopische Untersuchung hat ergeben, dafs es sich um eine fettige Degeneration der Schleimdrüsenzellen handelt.

Über den Gehalt des Smegma an Bakterien und die baktericiden Eigenschaften der Vorhautschleimhaut, von Cao. Nach den Untersuchungen des Verfassers enthält das Smegma fast konstant die gewöhnlichen pathogenen Keime und

Saprophyten der äufseren Luft. Diese pathogenen Keime können virulente Eigenschaften besitzen. Versetzt man das Smegma in vitro mit anderen Keimen, so halten sich diese nur eine beschränkte Anzahl von Tagen lebensfähig, und zwar weniger wegen der mikrobiciden Eigenschaft des Smegma als wegen Mangels an Nährstoff. Die Schleimhaut des Präputiums besitzt ausgesprochene mikrobicide Eigenschaften, welche ausschliefslich auf die vitale Thätigkeit seiner Epithelien zurückzuführen sind.

Über die Hauttuberkulose der Greise, von Mazza. Es handelt sich um eine über mehrere Finger ausgebreitete torpide Ulceration bei einer 70jährigen Frau, wobei die histologische und bakteriologische Untersuchung ein absolut negatives Resultat ergeben hatte; als man aber von dem Gewebe aus den Geschwüren auf Meerschweinchen inokulierte, blieb kein Zweifel mehr übrig über die tuberkulöse Natur der Ulceration. Die Patientin stammte aus tuberkulosefreier Familie und hatte selbst niemals an einer Affektion der Respirationsorgane gelitten. Es war bei der Patientin zu einer multiplen Caries der Knochen der affizierten Finger gekommen, welche Exartikulationen erforderte. Auch bei Greisen kann sich die Hauttuberkulose mit pyogener Infektion kombinieren und dem klinischen Bilde einen ungewöhnlichen Verlauf verleihen. Gewisse Formen der Hauttuberkulose, welche einen exogenen Ursprung zu haben scheinen, haben in Wirklichkeit einen endogenen. Die besondere Physiognomie, welche die Hauttuberkulose bei alten Individuen zeigt, ist eine Folge der Involution des cutanen Gewebes.

Internationale Konferenz zur Prophylaxis der Syphilis und der venerischen Krankheiten, Brüssel 4.—8. September 1899. *C. Müller-Genf.*

Mitteilungen aus der Litteratur.

Pharmakologie und allgemeine Therapie der Haut.

Die Behandlung der Stomatitis mercurialis, von Lanz. (*Annal. d. Dermatol.* April 1899.) Die Prophylaxe der Quecksilberstomatitis erfordert in erster Linie grofse Vorsicht in der Verordnung von Hg bei geschwächten, anämischen Menschen, bei Nephritikern, sowie bei schwangeren Frauen. Stets ist die Integrität der Nieren- und Hautfunktion sorgfältig zu überwachen und Sorge für tadellose Beschaffenheit der Zähne und für fleifsige Desinfektion der Mundhöhle zu tragen. Die Zahnpflege erfordert reichlichen Gebrauch von Zahnpulvern (z. B. Camphor. trit. 5,0, Calc. carbonic. 45,0) oder Zahnpasten (z. B. Calc. carbonic., Magnes., Sapon. medicat. ää 10,0 Glycerin q. s. ut f. pasta). Unna empfiehlt zur Reinigung der Zähne Kal. chloric., das ebenfalls in Form von Pasten verordnet werden kann. Als Gurgelwasser dient Lösung von chlorsaurem Kalium oder Liqu. Alumin. acet. (1—2 Kaffeelöffel voll auf ein Glas Wasser) oder Menthol (Menthol 1,0, Tinct. Ratanh., Alcohol. rectific. ää 50,0). Das Zahnfleisch ist zweimal täglich mit folgender Mischung einzupinseln: Menthol 0,25, Resorcin 3,0, Tinct. Gallar., Tinct. Ratanh. ää 12,0. — Hat sich trotz aller Vorsicht eine Stomatitis entwickelt, so mufs das Hg durch Verabreichung von Laxantien und durch schweifstreibende Proceduren (heifse Bäder, heifse Luftbäder, Pilokarpininjektionen) möglichst schnell aus dem Körper entfernt werden. Die Wirkung des vielgebrauchten chlorsauren Kaliums bei bestehender Stomatitis ist nach Lanz zweifelhaft; statt dessen ist 2%ige Wasserstoffsuperoxydlösung oder nach Renzi schwache

Sublimatlösung (1 : 4000) zu verwenden. Bilden sich sehr ausgedehnte Ulcerationen, so ist Jodoform aufzustreuen; die durch diese verursachten Schmerzen werden durch Kokain oder besser Orthoform beseitigt. Aufserdem ist flüssige reizlose Kost zu verordnen und das Rauchen zu verbieten. (Nach *Journal des Praticiens.* 1899. No. 26.)

Götz-München.

Die neueste Anwendung der Lichtbehandlung, von Minin. (*Wratsch.* 1899. S. 1383.) Verfasser berichtet über vier Fälle verschiedener venerischer Krankheiten (Ulcus molle, Urethritis, Epididymitis) wo er mit Erfolg die Lichtbehandlung angewandt haben will. — (Die Versuche sind aber nicht beweisend, weil neben der Lichtbehandlung noch Borsäurekompressen resp. Borsäureeinspritzungen zur Anwendung gekommen sind. Anm. des Ref.)

Arth. Jordan-Moskau.

Die Radiotherapie der Hautkrankheiten, von Leopold Freund. (*Wiener klinische Wochenschrift.* 1899. No. 39.) Neueste Beobachtungen haben gezeigt, dafs man mit den d'Arsonvalschen Hochfrequenzströmen, mit statischer Elektricität und mit X-Strahlen therapeutisch qualitativ nahezu analoge Resultate erzielt, die sich nur hinsichtlich der Intensität unterscheiden. Stets handelt es sich um die Erzeugung kräftiger, elektrischer Entladungen; weder die Funkenschläge, noch die Büschelentladungen, noch das entstehende Ozon wird die veranlassende Ursache. Die elektrischen Wellen sind verschieden, je nach der Kapazität der Kondensatoren und dem Selbstpotentiale der Leitung, unterscheiden sich wesentlich bei den drei genannten Elektricitätsquellen. Die Röntgen-Apparate wirken viel schärfer auf die Haut, als die d'Arsonvalschen Entladungen und die statischen Maschinen. Bei den X-Strahlen fällt dann noch ins Gewicht, ob man starke oder schwache Batterien, grofse oder kleine Induktoren, hoch oder niedrig evacuierte Röhren benutzt. Durch Übung und Erfahrung haben Schiff und Verfasser die X-Strahlen genau dosieren gelernt, sodafs schädliche Nebenwirkungen ausgeschlossen sind. Die bisherigen Resultate sind folgende: Niemals hat die Methode bei Hypertrichosis im Gesichte der Frauen versagt; nach 17—24 Sitzungen trat stets ein Effluvium ohne stärkere Alteration der Haut ein, von einem gelegentlich vorübergehenden Erythem und Hautjucken abgesehen. Die Alopecie hielt meist zwei Monate an, Dauererfolge sind nach einer Behandlung selten. Durch 3—4 Sitzungen in sechswöchentlichen Zwischenräumen gelang es aber, den Nachwuchs zu verhindern.

Beim Lupus vulgaris und erythematodes wurden prompte Heilung mit schöner, glatter Narbe, wenn auch langsam, erzielt. Auch Sycosis und Favus wurden günstig beeinflufst. Die Haare fielen nach 7—10 Sitzungen aus; beim Favus wurde dann noch eine 1% Carbollanolinsalbe einige Zeit eingerieben. Bis jetzt nach sechs Monaten beim Favus kein Recidiv; von den Sycosisfällen sind 2 (von 10) recidiviert, dann aber nach einigen weiteren Sitzungen geheilt. Auch Ekzem, Herpestousurans, Akne, Furunculosis wurden günstig beeinflufst. Verfasser tritt warm für die Bedeutung der Radiotherapie ein.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über die Anwendung der Röntgenstrahlen in der Medizin, von Eduard Schiff-Winn. (*Dtsch. Medizinalztg.* 12. Okt. 1899.) Die Arbeit des Verfassers, welcher über dasselbe Thema auf der diesjährigen Jahresversammlung der British Medical Association am 4. August einen Vortrag hielt, giebt in knapper Weise einen Überblick über den diagnostischen und therapeutischen Wert der Radioskopie für die Heilkunde und betont besonders das umfängliche Gebiet, auf dem in der Dermatotherapie die Röntgenstrahlen von Nutzen sind. In Frage kommen abnorme Behaarung und alle durch die Gegenwart von Haaren veranlafsten oder vielmehr in die Länge ge-

zogenen Hautkrankeiten (Sycosis, Favus, Wunden an behaarten Körperstellen, Trichorrhexis nodosa). Ferner Ekzem, Furunculosis, Akne, Lupus vulgaris und erythematosus sowie Elephantiasis. Zu vermeiden sind hohe Stromstärken über 1½ Ampéres bei 12 Volt Spannung, zu hohe Spannung an den Polklemmen der sekundären Transformatorrolle, Induktoren mit mehr als 30 cm Schlagweite, zu lange und zu häufige Bestrahlungen und zu geringe Entfernung der Hand von der Vacuumröhre. Die Wirkung der Röntgenstrahlen beruht auf einer relaxierenden Beeinflussung der tiefen Koriumgefäße, sowie einer leichten Exsudation im Epidermis- und Cutisgewebe. Zweifelhaft ist es, ob die Strahlen direkt deletär auf die Mikroorganismen selbst wirken. Zur radikalen Heilung einer Hypertrichosis bedarf es neben etwa 17—25 Sitzungen, zu anfangs 5, später 10—20 Minuten noch einer Nachbehandlung in Gestalt von 3—5 Kursen weiteren Sitzungen, die in 4—8 wöchentlichen Zwischenräumen zu erfolgen haben. Gegenüber der Finsenschen Lichttherapie, die Schiff für kleinere Lupusherde empfiehlt, ist die Radioskopie für größere lupöse Prozesse geeignet. *Hopf-Dresden.*

Das künstliche Serum bei den toxischen Dermatosen, von Càllari. *(Rif. med.* No. 38/44, 1899.) Verfasser behandelte im Ganzen 60 Fälle der verschiedensten Hautaffektionen mit Injektionen von künstlichem Serum. Die Zusammensetzung des Serums war nicht überall dieselbe. Als Grundlagen dienten Kochsalz 7,5—20, Natron bicarb. 3—5, auf 1000 Wasser; hiezu kamen dann je nach den besonderen Fällen schwefelsaures Natron, Ergotin, Natron Arseniat und Gynocardiat, Fowlersche Lösung. Die Injektionen wurden meist in der Scapulargegend gemacht. Die Maximaldose der injicierten Flüssigkeit betrug für das unvermischte Serum 500, für die anderen Lösungen 2—300,0 Gramm, pro die 1—4 Liter. Sehr günstige Erfolge wurden erzielt bei Psoriasis (10 Fälle), Ekzem (8), Prurigo und Pruritus (5); geheilt wurden ferner von 4 Fällen von Lichen planus 2; ebenso wurden geheilt ein Fall von diffuser Folliculitis, ein Skrophuloderma mit Lichen scrophulosorum; durch die Injektionen günstig beeinflußt schienen ferner die Fälle von Lupus und Lepra; gänzlich resultatlos blieb die Behandlung bei Mycosis fungoides, Ichthyosis, Sarkom und Carcinom.

C. Müller-Genf.

Wundbehandlung mit Sauerstoffgas, von Georg Stoker. *(Lancet.* 10. Dez. 1898 und *Med. Press and circular.* 8. Febr. 1899.) Bei der Behandlung mit Sauerstoffgas, mag sie Tage oder Monate währen, beobachtete St., daß die Heilung der Wunden nicht verlangsamt, sondern beschleunigt war während und nach der Zeit der größten Temperaturerhöhung, daß zum guten Teil Entzündung der Lymphgefäße und Schwellung der Drüsen in der Nachbarschaft eines Geschwürs vorhanden waren. In Anbetracht dieser und noch einiger an acht Fällen von größtenteils veralteten Beingeschwüren gemachten Beobachtungen hält es St. für nicht unwahrscheinlich, daß Sauerstoff dadurch wirkt, daß es aus der Sekretion der Mikroorganismen in der Wunde oder dem Geschwür ein Antitoxin bildet und die Antitoxine, welche durch Infektion von Giften bei Pferden u. s. w. entstehen, durch einen ähnlichen Oxydationsprozeß zu Stande kommen. In dieser Annahme wurden für viele Fälle Antitoxine bereitet; indem ein Strom von Sauerstoffgas durch eine Reinkultur der betreffenden Mikroorganismen geleitet wurde. Die Erfolge dieser Methode waren nicht nur bei gutartigen Fällen, sondern auch bei Lupus und Ulcus rodens befriedigende und St. geht sogar soweit, zu hoffen, daß auf diesem Wege durch Herstellung von Antitoxin eine hinreichende Behandlung bösartiger Krankheiten schließlich erzielt werden kann. In den acht beschriebenen Fällen handelte es sich um größtenteils Jahre hindurch bestandene chronische Ulcerationen, an verschiedenen Körperstellen (Beinen, Stirne), welche nach Behandlung mit Sauerstoffgas von oft monatelanger Dauer schließlich zur Ausheilung kamen.

Von den Fällen, welche in der zweiten Arbeit beschrieben werden, ist erwähnenswert ein gangränöses Geschwür am Schienbein bei einem 83jährigen Mann, welches in acht Wochen völlig zur Heilung kam, ferner ein Fall von Lupus des Gesichts und Ohres, welcher bei einem 29jährigen Mädchen bereits vierzehn Jahre bestanden hatte (photographische Abbildung). Sorgfältiges Auskratzen der kranken Stellen muſs stets der Oxygenbehandlung vorausgehen und so waren in diesem Falle zwölf Monate bis zur Heilung erforderlich. St. machte dabei die Beobachtung, daſs die unter Sauerstoff neu gebildete Haut physiologisch normal ist und weiteren pathologischen Angriffen eher widersteht als eine gewöhnliche Narbe. Die Bildung von oxydierten Toxinen an der Wunde selbst und der Gebrauch von künstlich präparierten Toxinen befördern demnach nicht nur die Heilung, sondern beeinfluſsen auch in günstiger Weise lupöse Herde und verhindern eine weitere Ausdehnung dieser Affektion, Resultate, wie sie nicht nur in dem genannten, sondern auch bei weiteren Fällen ähnlicher Art erzielt wurden. Da der Heilvorgang unter der künstlichen Sauerstoffanwendung auf einem Oxydationsprozeſs beruht, der entweder den Nährboden, auf welchem die Mikroorganismen leben, oder deren Sekrete oder Toxine betrifft, so ist es von gröſster Wichtigkeit, ein reines Produkt stets zu haben. St. empfiehlt als Bestes das der sog. Brins Oxygen Company, welches 96% reinen Sauerstoff enthält. Übrigens scheint zu der ganzen Methode Anstaltsbehandlung unerläſslich zu sein.

Stern-München.

Airol, ein Ersatzmittel des Jodoforms. Sammelbericht von J. Marcuse-Mannheim. (*Reichs-Medic.-Anz.* 1899, No. 15.) Reizlosigkeit, rasche Austrocknungsfähigkeit, Beförderung des Granulationsprozesses, Ungiftigkeit, Geruchlosigkeit werden von allen Seiten als Vorzüge des Mittels betont. Airol hat sich besonders bewährt als Ersatz des Jodoforms bei allen äuſseren Verletzungen und Wunden, bei Unterschenkelgeschwüren, bei Initialsklerosen, Papeln, Bubonen, beim weichen Schanker, bei Intertrigo. Zum Bestreichen primär gereinigter Wundränder wird viel eine Airolpaste mit bestem Erfolg verwandt. (Airol, Mucilago Gum.-arab., Glycerin ā 10,0, Bol. alb. 20,0.) *A. Strauſs-Barmen.*

Arsenik, ein Irritans für die Haut v. A. M. Roberts. (*Lancet.* Sept. 9. 1899.) Ein Gärtner kam wegen erythematöser Rötung und Anschwellung der Füsse und Unterschenkel, Diarrhöe und gastrischer Erscheinungen in Behandlung. Heilung erfolgte unter milder Behandlung. Die Haut an den betroffenen Gebieten, fast bis an die Knie reichend, schuppte dabei ab. Einen Monat später kam Patient mit einem noch stärkeren Rezidiv wieder. Es wurde festgestellt, daſs er beide Male einen sogenannten „Unkraut-Vernichter“ gebraucht hatte, und daſs mit der Lösung, in welcher gröſsere Mengen Arsenik nachgewiesen wurden, seine Hosen und Stiefel stark durchnässt worden waren. *Philippi-Itzehoe.*

Betulin, ein Farbstoff aus der Rinde von Betula alba zum Färben cosmetischer und pharmaceutischer Präparate, von Reichardt. (*Pharmac. Centralhalle.* 1899, No. 39.) Verfasser hat aus der Rinde von Betula alba durch Kochen mit Alkali und Ausfällen mit Salzsäure einen braunroten Farbstoff dargestellt, der in Alkohol löslich ist und sich gut Salben etc. zusetzen lässt, um ihnen nach Bedarf eine rosarote bis tiefbraune Farbe zu verleihen. *F. Hahn-Bremen.*

„Dolomol-Compounds“ bei Hautkrankheiten, von Ohmann-Dumesnil. (*The St. Louis med. and surg. Journ.* Sept. 1899.) Dolomol ist ein Stearin-Palmitinsalz von Calcium und Magnesium, ein neutrales, mildes, absolut unfühlbares und reizloses,

sowie in Wasser gänzlich unlösliches Pulver, dafs sich als Träger für alle möglichen Medikamente eignet. Verfasser empfiehlt es mit 25% Schwefel bei Acne, mit 20% Borsäure bei Intertrigo, mit 25% Acetanilid bei Herpes Zoster, mit 25% Calomel bei Schankern, mit 10% Resorcin bei Herpes progenitalis etc. etc.

F. Hahn-Bremen.

Über Eigone, von E. Saalfeld. (*Allg. med. Centralztg.* 1899, No. 60.) Verfasser behandelt 72 an Syphilis leidende Patienten mit dem Alpha-Eigon-Natrium sowie dem Beta-Eigon, welche auch in denjenigen Fällen ausgezeichnet vertragen wurden, wo eine Idiosynkrasie gegen Jodkalium vorhanden war. Beide Präparate erwiesen sich wirksam im sekundären nnd tertiären Stadium der Syphilis, liefsen alle unangenehmen Nebenwirkungen vermissen, da aus ihnen nach der Einnahme das Jod nicht so schnell frei wird wie aus dem Jodkalium. Aufserdem geht die Ausscheidung aus dem Organismus langsamer vor sich als bei Jodkalium. Sie wirken daher nicht so stürmisch und doch nachhaltig.

In praktischer Hinsicht ist es zweckmässig, die Präparate in heifsem Wasser zu lösen oder aber mit Glycerin anzureiben und dann im kalten Wasser zu lösen.

J. Bloch-Berlin.

Das Eisenchlorid bei der Behandlung der Dermatomycosen, von Brenta. (*L'Ufficio sanitario.* April 1899.) Nach dem Vorschlage von Martin hat Verfasser das Eisenchlorid mit bestem Erfolge sowohl bei pflanzlichen als bei tierischen Dermatomycosen, besonders aber bei ersteren, angewandt. In Fällen von Pityriasis versicolor läfst er eine Lösung von trockenem Eisenperchlorid 5, Guttapercha 2, Chloroform 20 aufpinseln. Drei Anstriche genügen meistens, wenn man die Wäsche täglich wechseln läfst. Bei Erythrasma verordnet er Aufpinselungen mit einem Teile trockenem Eisenperchlorid und 4 Teilen Collodium, welche Lösung vor dem Gebrauche frisch zu bereiten ist. Bei Herpes tonsurans des behaarten Kopfes kommt folgende Salbe zur Anwendung: Eisenchlorid 30, Lanolin und Vaselin ää 50. Die Salbe wird mit hydrophiler Watte bedeckt und der Verband zweimal wöchentlich erneuert. Für die haarlosen Körperstellen dient eine Lösung von Eisenchlorid in Benzoetinktur, 1:3, welche in mehrfachen Schichten mittelst eines Wattebausches aufgetragen wird. Die Heilung tritt im Mittel nach 33 Tagen ein. Bei Favus kommt je nach der Lokalisation die Guttapercha-Chloroformlösung, die Salbe oder das Collodium zur Anwendung: Heilung innerhalb 5—60 Tagen (???) Zur Entfernung der unangenehmen Eisenflecken auf der Haut dient eine Lösung von 6,0 Natronkarbonat in Glycerin und Wasser ää 30.

C. Müller-Genf.

Eucain als lokales Anaestheticum, von G. G. Hamilton. (*Lancet.* Aug. 26. 1899.) Injektionen einer 2% Lösung, eine Pravaz'sche Spritze voll in 3—4 Portionen in das betreffende Nervengebiet eingespritzt, event. mit nachfolgender Uebergiefsung der Wunde mit einer gleichen Menge genügten im Allgemeinen vollständig zur Erzeugung von Anästhesie bei folgenden Operationen: Fingeramputation, Hernia umbilicalis, Injektion von Jodlösung nach Hydrocelenentleerung, Incarcerirte Hernie, diverse Tumoren, Thiersch'sche Hautverpflanzung etc. Ueble Nebenwirkungen wurden nicht beobachtet.

Philippi-Itzehoe.

Jodol-Perubalsam-Salbe, von Schweissinger. (*Pharm. Centralh.* 1899, No. 50.) Diese Salbe (Jodoli 0,5, Balsam peruv. 0,5, Vaselin ad 5,0) wird gegen verschiedene äufserliche Leiden, z. B. beginnende Furunkulose, empfohlen. Man setze ihr, um ein Schwarzwerden zu verhüten, 0,05 Natr. thiosulfur. zu. *A. Strauſs-Barmen.*

Über Jodpräparate und deren Dosierung, von Radestock-Dresden. (*Therap. Monatsh.* Okt. 1899.) In der vorliegenden Mitteilung beschäftigt sich der Verfasser

mit der therapeutischen Verwertung des Jodipins, des 10%igen Jodsesamöls. Es ist haltbar und nicht unangenehm von Geschmack. Corrigentien erübrigen sich meist bei der Ordination. Nach den Tierversuchen Winternitz' ist es unschädlich für den Organismus. Selbst bei Dosen von 30—40 g pro die tritt kaum irgendwelches Zeichen von Jodismus auf, auch fehlen besonders die bei Jodkalium häufigen Magenstörungen. Jodipin gelangt erst im Darm zur Aufnahme in die Körpersäfte und setzt sich im Organismus als Jodfett an, um daselbst nachhaltig zu wirken. Sämtliche tertiär-syphilitischen Prozesse, selbst parasyphilitische Erscheinungen werden günstig durch das Medikament beeinflufst, wenn andre Kuren, vor allem Merkur auch ganz versagt hat. Es empfiehlt sich Jodipin sowohl intern zu geben, als auch lokal zu applizieren. Abgesehen von seiner spezifischen Wirkung wirkt dasselbe vorzugsweise auf den allgemeinen Ernährungszustand günstig ein. *Hopf-Dresden.*

Geruchloses Jodoform, von Ohmann-Dumesnil. (*St. Louis Medic. and Surg. Journ.* Mai 1899.) Verfasser empfiehlt als Jodoformersatz ein von Johnson & Johnson dargestelltes gelbes Pulver, der chemischen Zusammensetzung nach $C_2 J_4$, welches durchaus geruchlos ist, nicht reizt und gut austrocknend wirkt; er hat eine ganze Reihe von Geschwüren, Schankern, Incisionswunden am Penis und an anderen Körperstellen aus seinem klinischen Material damit behandelt; und in der That, die Erfolge sind anscheinend nicht schlecht. Hoffentlich hält dies „geruchlose Jodoform" als Jodoformersatz das, was schon eine Unzahl anderer Mittel versprochen hatten.
F. Hahn-Bremen.

Über Jodogallicin, von Goliner. (*Medico.* August 1899.) Jodogallicin ist ein geruchloses, leichtes, amorphes, dunkelgraues Pulver, hergestellt durch Einwirkung von Wismuthoxyjodid auf Gallussäuremethyläther. Es ist in den gewöhnlichen Lösungsmitteln nicht löslich. Das Pulver wirkt stark desinfizierend und austrocknend. Verfasser sah gutes bei secernierenden Kopfekzemen, bei Schweifsfüfsen. Bei letzteren wird nach vorheriger Reinigung mit Seife und Wasser die Haut tüchtig mit Jodogallicin (1:2 Talcum) eingepudert. Auch bei Wunden und Geschwüren sah Verfasser gute Erfolge von Jodogallicin. *Jessner, Königsberg i. Pr.*

Verordnungsweisen des Naftalan, von Heinr. Paschkis. (Wien. *Allgem. med. Centralz.* 23. und 27. Sept. 1899.) Das Naftalan wurde bisher als brauchbar und nützlich erkannter Arzneistoff für Dermatosen rein für sich angewandt. Vorliegende Arbeit soll dazu dienen, durch Verbindung mit anderen Mitteln dessen Wirkungsgebiet wesentlich zu erweitern. Das Naftalan ist eine braunschwarze, salbenartige Masse von eigentümlichen Geruch, in Wasser völlig unlöslich, am besten in Benzol und Aceton löslich. Das Naftalan mischt sich im allgemeinen leicht mit salbenartigen Fetten, Lanolin oder komponierten Salben wie Unguent. diachyl., Unguent. Glycer., Sapo kalinus; auch nimmt es eine gewisse Menge Wasser bei vorsichtigem Zusetzen kleiner Quantitäten und stetem Verrühren (bis 25 und 50%) auf, so dafs eine gleichmäfsige, dünne, sich nicht zersetzende Salbe entsteht. Obgleich das Naftalan nicht ranzig wird, so hält es P. doch für zweckmäfsig, als Salbengrundlage ein Naftalanum benzoatum anzuwenden und giebt eine Reihe von Verordnungen sowohl mit diesem wie dem reinen Naftalan an, für eine Hg., eine Jodoform- und Jodsalbe, eine Resorcin-, Teer- und Teerschwefelsalbe, Salicylsalbe (Acid. salicyl. 10,0, Naftalani 90,0) bei Hautjucken u. a. m. Will man den Salben gröfsere Zähigkeit geben, so setzt man 10% Lanolin. anhydr. oder 20% Cera flava zu; wo keine Gegenanzeige besteht, ist das zu Empl. diachyl. simpl. und Naftalan bestehende Unguent. Naftal. plumb. eine zweckmäfsige Salbengrundlage. Da das Naftalan und dessen Gemenge mit Axungia oder

Lanolin reichlich Wasser aufnehmen, so eignen sie sich sehr gut zur Bereitung von Kühlsalben. Eine grofse Reihe weiterer Verordnungen und genauer Receptvorschriften führt P. noch an; sie können hier nicht insgesamt wiedergegeben werden und es sei wiederholt hervorgehoben, dafs P. das Naftalan vor allem für eine treffliche Salbengrundlage hält. *Stern-München.*

Heilversuch mit Naftalan, von Géza Varga. (*Pester med. chir. Presse.* 1899, No. 30—32.) Verfasser verwendete Naftalan, wo ein starker Reizzustand vorhanden war, mit gleichen Teilen 10% Zinksalbe; die Reizung durch Naftalan tritt erst mehrere Tage nach dem Beginne der Applikation auf. Mit Zinksalbe zusammen erzielte Verfasser bei Ekzemen die besten Wirkungen. Bei hochgradigem Nässen versagt es, mäfsiges beseitigt es. Sehr günstig wird der Juckreiz beeinflufst. Die Resorption hochgradig infiltrierter lichenoider Hautaffektionen wird nicht gefördert, jedoch kann hier mit Vorteil die Naftalanbehandlung der Teeranwendung vorausgehen. Gutes sah Verfasser auch bei Pityriasis rosea, Erythrasma, Balanoposthitis mit exfoliierten Flecken. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Unsere Erfahrungen mit dem Naftalan, von Fritz Gernsheim. (*Klin. therap. Wochenschr.* 1899, No. 39.) In dem von Biedert geleiteten Spitale zu Hagenau ist Naftalan in erster Linie bei Ekzemen angewendet. Es wurde gewöhnlich appliziert:

Naftalan.
Adip. lan. ā 100,0
Zinc. oxyd.
Acid. boric. ā 10,0

Diese kombinierte Salbe bewährte sich ausgezeichnet bei akuten Ekzemen und Gewebeekzemen. Bei chemischen Ekzemen trat zunächst Besserung ein, aber zur Abheilung bedurfte es noch anderer Mittel, wie Teersalbe, Borsalbe und besonders „weifser Salbe“:

Adip. lan. 15,0
Glycerin.
Ol. oliv. ā 4,0
Acid. boric.
Zinc. oxyd. ā 1,0.

Unter reinem Naftalan heilte ein Fall von Mal perforant du pied. — Die Säuglingsekzeme in Form von Diarrhoen reagierten prompt auf die kombinierte Naftalansalbe; sie heilten noch vor Beseitigung der Diarrhoen ab. Ein guter Erfolg wurde beim Pemphigus benignus erzielt. Ein Ulcus cruris reagierte sehr gut, ein anderes zeigte gar keine Neigung zur Besserung. Günstig beeinflufst wurde Decubitus, indem in Naftalan gekneteter Mull in die Wundhöhle eingepreſst wurde.

Guttaperchapapier ist bei Naftalanverbänden nicht zu verwerten, da es durch Naftalan zerstört wird. Auch die Wäsche leidet darunter, abgesehen von den nicht ganz zu entfernenden Flecken. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Zur Anwendung des Naftalan, von Friedberg. (*Centralbl. f. innere Med.* 1899. No. 31.) Das Naftalan ist bei den in das Gebiet des Ekzems fallenden Hauterkrankungen ein äufserst wertvolles Arzneimittel; das Gleiche gilt für Behandlung der Epididymitis. Wertlos dagegen ist es in der Therapie der Akne und des Gelenkrheumatismus. Endlich kann man bei Pruritus und Ulcus cruris, bei leichteren Fällen von Pluritis sicca und exsudativa das Naftalan neben anderen Medikamenten mit Aussicht auf günstigen Erfolg anwenden. *J. Bloch-Berlin.*

Über die Wirkungen des Protargols bei Erkrankungen und Verletzungen der Haut, von Floret. (*Therap. Beil. No. 10 d. D. Med. Wochensch.* 1899. No. 40.) Verfasser empfiehlt 5—10 % Protargolsalbe als hervorragendes Vernarbungsmittel bei Verletzungen, Wunden etc.; auch bei Ekzemen soll diese Salbe gute Dienste leisten, ebenso that sie es in einem Falle von Scrofuloderma, während sie bei Lupus, Psoriasis, Trichophytie im Stiche liefs. *F. Hahn-Bremen.*

Über Sanatogen, besonders bei Syphilis- und Quecksilber-Kachexie, von P. Richter. (*Dtsch. Medizinalz.* 1899. No. 61.) Verfasser machte sehr günstige Erfahrungen mit der Darreichung des Sanatogen in sechs Fällen von Syphilis- und Quecksilber-Kachexie und in einem Falle von schwerer Kachexie nach häufigen Gallenstein- und Nierensteinkoliken. Er beobachtete Gewichtszunahme, besseres Aussehen, Zunahme des Appetits und allgemeine körperliche Kräftigung. *J. Bloch-Berlin.*

Die therapeutische Bedeutung des Tannoform, von Dr. St. Grosse. (*Klin. therap. Wochenschr.* 1899. No. 16 u. 17). Als Tannoform, ein weifsliches, geruchloses Pulver, welches ein Kondensationsprodukt verschiedener Gerbstoffe (Eichen-, Quebracho-, Ratanhia-, Tannoform) mit Formaldehyd ist, wird gewöhnlich das aus Gallusgerbsäure und Formaldehyd gewonnene Produkt, Methylenditannin, bezeichnet. Die Arbeit von Grosse bildet eine einzige Lobeshymne auf dieses neue Mittel und sei hier nur das den Dermatologen interessierende hervorgehoben. Aus den Berichten anderer Autoren schliefst G., dafs Tannoform-Insufflationen bei Balanitiden schwerster Art, bei postblenorrhoischen Katarrhen der Cervix und Vagina gute Dienste leisten. Bei multiplen venerischen Geschwüren erzielte Hoff raschere Heilung wie mit Jodoform, Dermatol, Europhen. Nach Ehrmann soll das Hauptgebiet des Tannoform in den artifiziellen, besonders den gewerblichen Ekzemen liegen, indem mehr als ein Drittel der bisherigen Heilungsdauer damit erzielt werden soll; bei rein nässenden und artifiziellen Ekzemen ist die 10%ige Tannoformsalbe zu verwenden, jedoch sind bei Vorhandensein von Pusteln zuvor ein- bis zweitägige Resorcinumschläge zu machen. Ein ferneres Leiden der Haut, gegen welches schon unzählige Mittel empfohlen wurden und Tannoform als Streupulver (1 Teil Tannoform zu 2 Teilen Talcum venetum) ganz vorzüglich wirken soll, sind Bromhidrosis und Hyperhidrosis. Gänzliche Ungiftigkeit, Möglichkeit leichter Handhabung und vereinfachter Anwendung, sofort ersichtlich werdende Entfaltung einer sekretionsbeschränkenden, heilenden und den üblen Geruch vernichtenden Wirkung stempeln nach Gr. das Tannoform zu einem wahren Spezifikum gegen übermäfsige Schweifsabsonderung an Händen und Füfsen, unter den Achselhöhlen und anderen Körperteilen. Fasano, Goldmann, Ullmann u. A. sind einhellig derselben Ansicht, nach letztgenannten ist das Tannoform für die Armee-, für Truppen- und Matrosenbehandlung bei Hyperdrosis allen anderen Mitteln vorzuziehen. Auch gegen Intertrigo wurde es mit „vollem Erfolg" ebenso wie gegen Impetigo und Erytheme, ferner bei lokalen gangränösen Prozessen u. A. angewendet. De Buck und de Moor erklären das Tannoform als eines der besten örtlichen Mittel gegen Decubitus, gegen eiternde Wunden, Unterschenkelgeschwüre und ähnliche Erscheinungen, gegen frische Wunden soll es ebenfalls mit Erfolg Verwendung finden, so dafs schliefslich die Ansicht von Gr. berechtigt erscheint, der Arzneischatz sei durch das Tannoform um ein ungemein vielseitiges Präparat bereichert worden. *Stern-München.*

Über Tuberculinseife, von P. G. Unna. (*Dtsch. Medizinalz.* 5. Okt. 1899.) Nach einer einleitenden Besprechung über das Tuberculin und die bisher damit gemachten Erfahrungen erklärt U., er halte noch immer die ganz allmähliche Tuber-

kulinisierung mit kleinsten, eben wirksamen Dosen als einen wichtigen Faktor neben dem übrigen bewährten Heilapparat zur Behandlung des Lupus insbesondere. Durch Mischung mit Salicylsäure, Resorcin oder ähnlich wirkenden Phenolen in Salbenform oder mit stark alkalischen Seifen gelingt es nun im allgemeinen, Medikamenten, welche selbst die Oberhaut nicht angreifen, den Eingang zur Cutis zu erschliefsen- und U. wandte nun äufserlich das Tuberkulin, mit seiner Salbenseife vermischt bei über 30 Patienten zu seiner Zufriedenheit an. Die Formel dieser Salbenseife ist:

Sapon. unguinosi 10,0
Tuberculini 0,5—1,0—2,0

Eine geringe Masse der Seife, für den qcm. Oberfläche etwa 0,025 gr, wird energisch auf der betreffenden Stelle mit dem Finger unter mehrmaliger Benetzung verrieben, bis die ganze Masse für das Auge verschwunden ist. Beim Lupus liegt nun die Bedeutung der äufseren Tuberkulinapplikation ebenso wie der inneren darin, dafs spezifisch resorbierend auf das Lupusfibrom, welches hauptsächlich die Entstellung bei länger dauerndem Leiden hervorruft, eingewirkt und das diffuse, oberflächliche Lupusgewebe — nicht die bacillenhaltigen Lupuscentren — ähnlich wie mit Kalipaste, Kalidunstumschlägen u. s. w. — beseitigt wird. Die Tuberkulinseife soll aber vor diesen bisher besten Methoden zwei Vorzüge haben, nämlich rasch und nahezu schmerzlos zu wirken. Bei umschriebenen Fällen wende man die 20%, bei ausgedehnten die 5 bis 10% Seife an. An den Schleimhauteingängen, wo die Anbringung von Plastermullen und Kalidunstumschlägen ganz unthunlich ist, hat sich das neue Präparat besonders bewährt, also an Gehör- und Naseneingang, Augenlidern, Lippen, Mundwinkel. Unter den 16 mit Tuberkulinseife behandelten Lupusfällen waren einige 7, welche den Eindruck hervorriefen, als ob die Tuberkulinseife mehr leistete als das Tuberkulin allein, so dafs es U. nicht für unwahrscheinlich hält, dafs die mit dem Tuberkulin eindringende Kaliseife auf die Substanz des Tuberkelbacillus zerstörend einwirken kann; es läge also in der Kombination von Tuberkulin und Kaliseife ein glücklich gewähltes, antilupöses Mittel. Dasselbe bewährte sich ferner in zwei Fällen von Skrophuloderm, bei den festen sklerotischen Herden tertiär syphilitischen Ursprungs (3 Fälle), bei Narbenkeloiden (2 Fälle); es trat allmähliche Erweichung der fibrösen Stränge, dann Resorption ein. Beim Ulcerythema centrifugum, sog. Lupus erythematodes, trat in 2 Fällen keine Besserung ein, was übereinstimmt mit der wenig günstigen Wirkung, welche U. auch mit Tuberkulininjektionen gehabt hat und auch auf die nichttuberkulöse Natur dieser Affektion schliefsen läfst. U. wandte schliefslich die Tuberkulinseife in vereinzelten Fällen (Lichen, Drüsentumoren) an; ohne weiter zu bestimmten Indikationen zu gelangen, fand er selbst bei starker Dosierung (20%) keine schädliche Nebenwirkung dieses Medikaments, welches er als eine ebenso bequeme wie wirksame Form des Tuberkulins für die obigen Dermatosen empfiehlt. *Stern-München.*

Angioneurosen.

Raynaud'sche Krankheit und Trauma, von M. Brasch. (*Berl. klin. Wochenschrift.* 1899, No. 36.) Der Vortragende stellt einen Fall von Raynaud'scher Krankheit der Finger bei einem 42jährigen Fraiser dar, der an sogenannten Fraismaschinen (Kreissägen) arbeitet, sich häufig dabei an den Fingern verletzt hat und mit Bestimmtheit angiebt, dafs sein Leiden von Jahr zu Jahr sich verschlimmert hätte und zwar nach jeder Verletzung in immer steigendem Mafse und besonders nach dem letzten Trauma (Rifswunde des 2. Interstitiums der linken Hand.

J. Bloch-Berlin.

Fälle von Amenorrhoe im Verein mit RAYNAUD'scher Krankheit und Lungentuberkulose, von J. W. BYERS. (*Lancet.* 26. Aug. 1899.) Bei vier Patientinnen im Alter von 16—35 Jahren konstatierte Verfasser aufser zeitweiliger oder auch dauernder Amenorrhoe bei lokaler Asphyxie der Hände und Vorderarme mit Kalt- und Blauwerden derselben mehr oder weniger deutlich entwickelte Lungenaffektionen. Es scheint, dass diese Komplikation noch nicht weiter in der Litteratur beachtet worden ist, während die Amenorrhoe bereits 1862 von RAYNAUD selbst erwähnt ist. Es dürfte sich verlohnen, diesem Verhalten weitere Aufmerksamkeit zuzuwenden. *Philippi-Itzehoe.*

Oedem der Leistengegend bei akuter Peritonitis, von E. W. BATTLE. (*Lancet.* 22. Juni 1899.) Im Anschlufs an einen ähnlichen (*Lancet.* 27. März 1897) Fall von W. H. BATTLE berichtet Verfasser über folgende zwei Fälle, bei denen ein entzündliches Oedem in der Leistengegend kurz vorm Tode als prognostisch ungünstige Erscheinung auftrat. I. Ein 49jähriger Mann hatte nach einer kräftigen Mahlzeit Symptome von peritonealer Reizung dargeboten. Acht Tage später erfolgte seine Aufnahme in hoffnungslosem Zustand. Dabei fand sich an beiden Leisten ein lokalisiertes, symmetrisches Oedem, dafs bis in die Weichen und auf den unteren Teil der Abdominalwand handbreit über das Lig. Poupartii reichte, an dieser Stelle war die Haut dunkelrot, empfindlich und bildete auf Druck Dellen. II. Ein 39jähriger Mann erlitt durch starke Quetschung eine Beckenfraktur mit nachfolgender Peritonitis, kurz vorm Tode entwickelte sich ein ähnliches aber nicht ganz so ausgebreitetes Oedem. Verfasser nimmt ein Fortschreiten der Entzündung vom Peritoneum aus zwischen den Fascien und Muskeln der Bauchwand hindurch an, doch war bei den Autopsieen etwas bestimmtes in dieser Art nicht zu erkennen. *Philippi-Itzehoe.*

Über einen Fall von chronischer Urticaria der Schleimhaut der Halsorgane, von MERX. (*Münch. med. Wochenschr.* 1899, No. 36.) Verfasser berichtet über die Krankheit eines gesunden, kräftigen Mannes, der sehr häufig an Schlingbeschwerden erkrankte, die durch Schwellungen des weichen Gaumens bedingt waren, und nach einigen Stunden wieder schwanden. Es bestand leicht auszulösende Urticaria scriptorica. Patient war „sehr nervös". Gelegentlich entstand eine schwerere Erkrankung mit Schwellungen der Taschenbänder und dadurch bedingter Atemnot infolge des Einspiessens einer Gräte in die Rachenschleimhaut. Unter Bromkalium und hydrotherapeutischen Mafsnahmen trat Besserung ein, die vorläufig anhielt.

F. Hahn-Bremen.

Ein Fall von Nesselfieber compliciert mit Hämorrhagieen in der Haut, von M. STEIN. (*Estenedeljaek.* 1898, No. 10.) Eine 44jährige Frau, die an Magenbeschwerden (chron. Magenkatarrh) litt, hatte an den unteren Extremitäten urticariaähnliche Flecke, die eine blaurote Färbung annahmen. Verfasser nimmt nach Ausschlufs von Purpura rheumatica an, dafs es sich hier um eine Transsudation von Flüssigkeit durch die Capillaren sowohl, als auch um einen Übergang von Blutelementen per Diapedesin in das benachbarte Gewebe handelt.

Grünberg-St. Petersburg.

Ein Fall von toxischem Erythem mit tötlichem Ausgange, klinische Vorstellung von KAPOSI. (*Rif. med.* No. 4, IV, 1899.) Bei einer Patientin hatten sich unter schweren Allgemeinerscheinungen an verschiedenen Körperstellen bis thalergrosse hämorrhagische Flecken gezeigt. Die Hände und Füfse waren frei, dagegen waren die Schleimhaut der Mundhöhle, der Respirationswege und des Magens befallen, ebenso hatten sich auf der Conjunctiva der Lider und des Bulbus Hämorrhagien aus-

gebildet. In den letzten Tagen vor dem Tode sammelte sich unter der Epidermis in den Flecken Flüssigkeit an, wodurch es zur Bildung grosser flacher Blasen kam. Unter der Conjunctiva des Bulbus bildete sich ein croupöses Exsudat) das zur vollständigen Erblindung der Patientin führte. Über die Ursache der Affektion liefs sich nichts genaues feststellen. *C. Müller-Genf.*

Ein symmetrisches Erythem der Handteller, v. A. J. Chalmers. (*Lancet.* 2. Dez. 1899.) An der Ulnarseite der beiden Handteller sieht man häufig bei Europäern, welche längere Zeit an der Westküste von Afrika gelebt haben (oder auch an der Ostküste. Ref.), eine vom Os pisiforme bis zur Basis des kleinen Fingers sich erstreckendes Erythem. Über diese Grenze hinaus bei einer Breitenausdehnung von einem Zoll scheint die Affektion sich niemals zu erstrecken zeigt aber öfters einen kleineren Umfang. Die Farbe ist variabel und wechselt zwischen einem einfachen rötlichen Hauche und einem intensiven Scharlachrot; auch sieht man an einem und demselben Individuum oft zeitweilige Unterschiede in der Färbung auftreten. Die Haut ist nie verdickt, zuweilen schuppt sie ein wenig. Therapie scheint vergeblich zu sein, aber auch entbehrlich. Die Affektion bleibt Jahre lang unverändert bestehen. *Philippi-Itzehoe.*

Über einen Fall von Haemophilie mit erfolgreicher Anwendung der Gelatineinjektion, von Heymann. (*Münch. med. Wochenschr.* 1899, No. 34.) Bei einem 23jährigen Manne mit habituellem Nasenbluten folgte auf die Abtragung der hypertrophischen Pharynxtonsille eine zwar nicht auffallend starke, aber andauernde Blutung. Erst bei dieser Gelegenheit erfuhr der Verfasser, dafs es sich um einen Bluter handelte. Die Blutung dauerte trotz Anwendung von Kälte, Ferripyrin, vorderer und selbst hinterer Tamponade unverändert fort; dagegen wurde sie durch Einspritzung von 140 ccm einer 2,5%igen, auf 40° erwärmten, neutralisierten und sterilisierten Gelatinelösung unter die Brusthaut zum Stehen gebracht. Die Entfernung des Tampons am dritten Tage nach der Operation bewirkte den Wiederbeginn der Blutung, obgleich unmittelbar vorher wieder 240 ccm Gelatinelösung injiziert worden waren; erneute Tamponade von hinten und von vorn brachten diesmal die Blutung zum Stehen. Am folgenden Tage wurden nochmals 160 ccm Gelatinelösung injiziert, die Tampons konnten daraufhin in den nächsten Tagen allmählich entfernt werden, ohne dafs die Blutung wieder anfing. Ein Beweis dafür, dafs die Gerinnungsfähigkeit des Blutes durch die Gelatineinjektion erhöht wird, war das Verhalten der bei den Einspritzungen entstandenen Stichkanäle. Nach der ersten Injektion blutete er aus diesen so stark, dafs mehr als ¼ Stunde lang komprimiert werden mufste, nach der zweiten Injektion war nur eine kurze Kompression erforderlich, nach der dritten Injektion konnte sofort und ohne weiteres Heftpflaster aufgelegt werden. — Am fünften Tage nach der Operation trat bei dem Patienten Hautemphysem am Halse auf, dass sich am folgenden Tage über die Schultern auf die oberen Abschnitte von Brust und Rücken ausbreitete. Wahrscheinlich hat der unruhige Kranke, der fortwährend räusperte und würgte, durch die Schleimhautwunde im Rachen Luft in das Gewebe gepreſst, die sich von da in der angegebenen Weise verbreitet hat. Das Emphysem verschwand in etwa 14 Tagen.

Diskussion: Bahrdt erinnert daran, dafs Wunderlich die Gerinnungsfähigkeit des Blutes bei Hämophilen durch Verabreichung von Arsen beeinflussen zu können glaubte. Friedrich demonstrierte einen Fall von Hämophilie, einen 14jährigen Knaben betreffend, bei dem sich grofse intramuskuläre Hämatome bildeten; dieselben nahmen an Umfang so zu, dafs sie zum Bersten der darüber liegenden Haut führten, wodurch dann wiederum profuse Blutungen bewirkt wurden. Friedrich beobachtete ein solches

Hämatom mit Berstung der Haut und profuser Blutung an der Beugeseite des linken Oberarms. Da Druck nicht vertragen wurde und Kauterisation am Rande ergebnislos war, wurde die Extremität absolut ruhig gestellt und die blutende Stelle mit einem aufsaugenden, ganz lose applizierten Kranzverband umgeben; die Blutungstelle selbst blieb frei und wurde ringsum mit steriler Watte, der hin und wieder etwas Eisenchlorid zugesetzt war, abgetupft, bis immer ein Wattestück durch koagulierendes Blut fixiert wurde. Am dritten Tage stand die Blutung, am elften Tage konnte das Hämatom ohne jedes Zerren abgehoben werden. Unter demselben zeigte sich eine handtellergroſse Wundfläche von graufahler Färbung mit ganz vereinzelten Granulationsknöpfchen; Bindegewebe wie Gefäſse besaſsen demnach eine aufserordentlich geringe Regenerationsfähigkeit; sehr langsam kam es zu einer gleichmäſsigen Granulationsbildung. Die ersten Bewegungen des Armes bewirkten einen Bluterguſs in das Schultergelenk, wodurch wieder Ruhigstellung des Gelenks nötig wurde; sobald der Arm nach Heilung der Wundfläche frei gelassen wurde, erfolgten Blutergüsse in das Ellbogengelenk, die erneute Fixation erforderten und partielle Ankylosierung hinterlieſsen. Die Gerinnungsfähigkeit des Blutes zeigte keine besondere Differenz. — Schmidt, der dreimal schwere Blutungen nach Rachenmandeloperationen erlebt hat, zieht die Tamponade des Rachens von vorn durch die Nase der von unten vor. — Curschmann hat wiederholt günstige Erfolge von Gelatineinjektionen gesehen und wendet sie in jedem Falle von schwerer, chirurgisch nicht zugänglicher Blutung an.

Götz-München.

Hämorrhagische Septikämie beim Menschen infolge des Kapselbacillus, von W. T. Howard jr. (*Journ. of experimental medicine*, Vol. IV, No. 2, 1899.) H. zieht hier nur diejenigen Fälle in Betracht, welche von Blutungen in die Haut, Schleimhäute und gewöhnlich auch in Leber, Milz, Nieren, Herz, Magen und Darm begleitet sind und als einzige oder wenigstens in gröfster Anzahl vorhandene Mikroorganismen in diesen Organen die Kapselbacillen aufweisen; die sekundäre hämorrhagische Septikämie nach Variola, Typhus u. s. w. ist also hier auszuschlieſsen. Den von anderen Autoren, wie Klebs, Babes, Neumann u. s. w. beschriebenen Fällen fügt H. 2 weitere von ihm beobachtete hinzu, von welchen der eine genaue autoptische Untersuchung fand. In beiden Fällen handelte es sich um zwei als Beerenpflücker verwendete Polen im Alter von 45 und 51 Jahren. Die Krankheit begann mit heftigen Kopfschmerzen, Schmerzen an der Brust und im Leib, verlief unter hohem Fieber, es stellten sich Haut- und subkutane Blutungen ein und nach ca. 14 Tagen trat der Tod ein. Die Autopsie, welche nur im zweiten Falle vorgenommen werden konnte, zeigte einen Milztumor, akute Kongestion der Lungen, Leber, Milz, Nieren, fettige Degeneration von Herz, Leber und Nieren. Die Reinkulturen, welche aus dem Blut von Herz, Leber und Milz in Agar-Agar, Blutserum, Gelatine, Kartoffeln u. a. m. gezüchtet und auf Hunde, Kaninchen, Mäuse mit positivem Erfolg überimpft wurden, zeigten regelmässig Bakterienformen, deren Prototyp der Friedländersche Bacillus ist und welchen E. Fränkel den Namen Bacillus mucosus capsulatus gab. Wahrscheinlich können aber auch andere Bakterien derselben Art die hämorrhagische Septicämie verursachen, zu welcher übrigens manche Fälle von sogen. maligner Purpura hämorrhagica gehören dürften.

Stern-München.

Zur Kasuistik des Morbus Werlhofii, von J. M. Nesterovsky. (*Detskaja Med.* 1898, No. 2.) N. teilt einen Fall mit, wo ein 5jähriger Knabe, der sonst absolut gesund war, zweimal an heftig auftretendem Morbus Werlhofii erkrankte, beide Male im Anschluſs an einen traumatischen Insult. Das erste Mal stellte sich beim Knaben, welcher auf der Straſse von einem Pferde umgeworfen wurde, bald darauf heftiges

Blutbrechen ein, das durch subcutane Injektionen von Ergotin zum Stillstand gebracht wurde. Nach einigen Stunden traten um die Injektionsstellen Petechien verschiedener Form und Gröfse auf. Das zweite Mal kam es, nachdem der Knabe von einem Spielgefährten zu Fall gebracht war, am nächsten Tage zu einem hämorrhagischen Hautexanthem am Körper mit allgemeinem Schwachgefühl und Kopfschmerzen.

Grünberg-St. Petersburg.

Hämorrhagisches Erythem bei Brightscher Krankheit, von Colcott Fox. (*Lancet.* 3. Juni 1899.) In der Clinical Society of London berichtete F. über eine 61jährige Frau, welche 8 Tage vor ihrem an Schrumpfniere und Bronchitis erfolgten Tode ein intensiv rotes, fleckiges, allmählich sich über den ganzen Körper ausdehnendes, auf Druck nicht verschwindendes, stecknadelspitzen- bis fingernagelgrosse Flecke bildendes und allmählich konfluierendes Erythem entwickelte. Daneben bildeten sich hämorrhagische Punkte aus, welche gegen das Lebensende hin immer mehr an Zahl und Gröfse zunahmen. Die Autopsie bestätigte die Diagnose und ergab ferner an den betroffenen Hautstellen Erweiterung der Lymphräume und der Blutgefäfse der Papillarschicht sowie eine mäfsige zellige Infiltration. An den gröfseren horizontal verlaufenden Gefäfsen fand sich aber eine dichtere Zellinfiltration. Klinisch hatte die Affektion mehr Ähnlichkeit mit Willans Roseola als mit Erythema multiforme. Redner hat gelegentlich auch sonst ähnliche Affektionen der Haut bei ernsteren inneren Erkrankungen beobachtet. — Von S. West wurden in derselben Versammlung vor einigen Monaten ähnliche Beobachtungen mitgeteilt. *Philippi-Itzehoe.*

Über Purpura rheumatica, von W. L. Johnsohn, St. Louis. (*New York med. Journ.* 7. Okt. 1899.) Johnson bespricht kurz die verschiedenen Ursachen der Purpura und führt als solche an 1. mechanische, einschliefslich nervöser durch vasomotorische Veränderungen, welche den Blutdruck u. s. w. beinflussen. 2. toxische im allgemeinen, wie chemische Stoffe, Toxine und organische Substanzen. 3. die spezifische und übertragbare Purpura. Dafs Veränderungen in der Blutzusammensetzung die letztere verursachen, ist für J. zweifellos und zwar sei es der Mangel irgend eines Blutbestandteiles, wie besonders des Fibrin-bildenden Elementes. Im Anschlufs an diese allgemeinen Betrachtungen beschreibt J. zwei Fälle genauer, welche er unter die Purpura rheumatica rechnet. In dem einen handelte es sich um ein 6 Monate altes Kind, dessen Erkrankung unter Fieber begann, es traten Petechien am ganzen Körper und schmerzhafte Schwellung des linken Kniees hinzu; die Dauer der Affektion war unter Remissionen ca. 1 Monat, Antipyrin in kleinen Dosen war gegen das Fieber wirksam, Ichthyol und Verband gegen die Gelenksaffektion. In dem zweiten Falle wurde eine 55jährige Frau von einem fallenden Stück Holz am Kopfe getroffen, von welcher Zeit an sie über Schwächegefühl unter den Schulterblättern klagte. Es traten dann rote Flecke an Knöcheln und Füfsen, späterhin an den anderen Gelenken mit Schwellung und grofser Schmerzhaftigkeit derselben auf; an den Knöcheln brach die Haut auf und es entstanden sogar Geschwüre. Die Hauteruption, aus unzähligen Petechien und Hämorrhagien bestehend, zog sich mehrere Monate hin, die Gelenkschwellungen gingen ziemlich rasch auf Heifswasserumschläge zurück. Patientin hatte infolge Schrecks nach einem heftigen Sturme nochmals einen ähnlichen Anfall, über dessen weiteren Verlauf J. aber nichts berichtet. *Stern-München.*

Ein Fall von perniciösem akutem Rheumatismus mit ausgedehnter Purpura, von Poynton. (*Lancet.* 28. Oktober 1899.) Ein 17jähriges Mädchen, das früher an Veitstanz und Rheumatismus gelitten hatte, erkrankte an Pericarditis, Gelenkaffektionen, Leberschwellung und einem fast den ganzen Körper überziehenden

Purpura-Ausschlag mit Entwickelung von zahlreichen bluthaltigen Blasen. In dem Inhalt der letzteren wurden auch Staphylokokken nackgewiesen, während das bei einem Aderlafs unter allen Kautelen entnommene Blut aërobe und anärobe Mikroorganismen, Kettenkokken und Bacillen enthielt. *Philippi-Itzehoe.*

Jodpurpura der Mundschleimhaut, von Milian-Paris. (*Presse méd.* 30. Sept. 1899.) Bei einer 48jährigen Frau treten nach Genufs von 12 g Jodkalium im Munde folgende Erscheinungen auf: Brennen im Munde, blutiger rosenroter Speichel (wie bei Hysterie) und eine groschengrofse Ecchymose des Gaumensegels mit zirkulären kleineren Sugillationen. Daneben Jodschnupfen und Übelbefinden. Mit Sistierung der Jodmedikation Schwinden der Symptome, Wiederauftreten bei neuer Joddarreichung. Haut völlig frei. Verfasser erinnert an einen Fall von Jodausschlag der Magenschleimhaut, den Neumann-Wien bei der Sektion einer mit Jodexanthem der Haut gestorbenen Patientin fand. Milian verweist auf die Gleichheit des himbeerwasserfarbenen Speichels bei der berichteten Affektion und desselben bei Hysterischen.
Hopf-Dresden.

Traumatische Entzündungen.

Über Anwendung und Wirkung von Aristol bei Brandwunden und Verbrennungen, von Ed. Roelig. (*Dtsch. Med.-Ztg.* 1899. No. 56.) Verfasser empfiehlt warm das Aristol bei Verbrennungen als ein prompt wirkendes, schmerzlinderndes und die Narbenbildung beförderndes Mittel. 5% Aristolsalbe wird auf sterile Gaze ungefähr messerdick aufgetragen, aufgelegt und der Verband täglich einmal erneuert. Sind die Wundflächen kleiner und granulierend geworden, so wird Aristol als Pulver aufgestreut und mit hydrophiler Gaze und Watte bedeckt. *J. Bloch-Berlin.*

Verbrennung durch Blitzstrahl, von Chuquet-Cannes. (*Presse méd.* 27. Sept. 1899.) Verfasser berichtet über zwei Patienten, die vom Gewitter überrascht unter einen Baum flüchteten, in welchen der Blitz einschlug. Zwar hatte der eine von beiden eine längere Bewufstlosigkeit und darauf eine unruhige Nacht mit geringem Fieber, bei beiden aber war — was das Bemerkenswerte an den Fällen ist — aufser mehreren unregelmäfsigen Brandwunden I. bis III. Grades, also rein lokalen Erscheinungen keinerlei anderweitige Störungen hervorgerufen worden, besonders keine des nervösen Apparats. *Hopf-Dresden.*

Kongenitaler Unguis incarnatus, von T. W. Parry. (*Lancet.* 14. Oktbr. 1899.) Bei einem 8 Tage alten Säugling bemerkte die Mutter am Rande beider grofsen Zehe eine Erhöhung der Weichteile, die bis zum Ende der dritten Woche erheblich zunahm. Am rechten Fufs konnte durch Niederhalten der erhöhten Partieen mit Heftpflaster Heilung erzielt werden, während am linken die Abtragung des Nagels sowie des vorragenden Weichteilstückes in Narkose nötig erschien. Irgend ein Druck durch Fufsbekleidung als ätiologisches Moment war zweifelsohne auszuschliefsen.
Philippi-Itzehoe.

Zur Verhütung des Karbolbrandes, von Schaeche. (*Therap. Monatsh.* 1899. No. 8.) Die augenblicklich geltende Bestimmung (Verordnung vom 22. Juni 1896), nach der die Karbolsäure in den Apotheken zum äufserlichen Gebrauche beliebig abgegeben werden kann, mufs dahin abgeändert werden, dafs dieses Mittel in jeder Form, insbesondere auch in schwachen Lösungen, nur gegen ärztliche Verordnung

verabfolgt werden darf. Dem Kranken soll zu längerem Hausgebrauche vor allem die essigsaure Thonerde-Lösung in die Hand gegeben werden. Das beste Mittel zur Verhütung des Karbolbrandes ist aber die beständige Belehrung durch die Ärzte selbst.
J. Bloch-Berlin.

Über eine Massenerkrankung durch Vergiftung mit stark solaninhaltigen Kartoffeln, von Pfuhl. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1899. No. 46.) Es meldeten sich an drei Tagen bei einem Truppenteil eine Menge Leute krank; die Erkrankung trat auf mit Fieber, Magen-Darmkatarrh, Durchfälle, Abgeschlagenheit, Erbrechen, Gelbfärbung von Haut und Augenbindehaut, Herpeseruption an den Lippen, und endete nach einigen Tagen mit Genesung. Bei der Nachforschung stellte sich heraus, dafs diese Leute alle von einer bestimmten Lieferung Kartoffeln gegessen hatten, die schon ausgekeimt waren und sich bei der chemischen Untersuchung als stark solaninhaltig erwiesen. *F. Hahn-Bremen.*

Ein universeller Bläschenausschlag nach Genufs von Miesmuscheln, von Rendu. (nach *Lancet.* 11. Nov. 1899.) Ein 45jähriger Mann zeigte am ganzen Körper teis diskrete, teils konfluierende Gruppen von Bläschen auf geröteter Basis; bei den letzteren Gruppen war die Haut ödematös geschwollen. Am Rumpfe machte sich eine ausgesprochene Symmetrie bemerkbar. Es war Fieber zu konstatieren, und Patient klagte über Brennen in der Haut und Schmerzen im Kreuze. Als Ursache wird der Genufs von etwa 1 Liter Miesmuscheln angegeben, worauf alsbald deutliche Allgemeinsymptome eingetreten waren, während der Ausschlag sich erst am fünften Tage nachher einstellte. Derselbe verging in etwa 8 Tagen vollständig. Dafs Urticaria nach Genufs von Muscheln eintritt ist schon öfters beobachtet, Herpes dagegen dürfte selten beobachtet worden sein. *Philippi-Itzehoe.*

Neurotische Entzündungen.

Weitere Beiträge zur Lehre von den cutanen neurotrophischen Störungen: über eine eigenartige cutane Neurose, von Loewenfeld. (*Münch. med. Wochenschr.* 1899. No. 27.) Der Verfasser beobachtete bei einer geistig hereditär belasteten, hochgradig nervösen Frau, die seit Jahren an Angstzuständen litt, eine cutane Neurose, die sich durch das Auftreten von vasomotorisch-trophischen Störungen im Gefolge von Kälteeinwirkungen (kalte Luft, kaltes Wasser, selbst kalten Luftzug im Sommer) an der Haut des Gesichts, der Hände und wahrscheinlich auch anderer Körperstellen äufserte. Es handelte sich wenigstens an den Händen um eine nach vorausgegangener Hautrötung (Gefäfslähmung) eintretende starre ödematöse Infiltration der Haut, die zum Teil 24 Stunden anhielt. Aufserdem litt die Patientin seit Jahren während des Winters an krankhaften Frostanfällen, nach welchen der Urin stets sehr dunkel, oft ganz schwarz oder blutrot wurde: es bestand also Neigung zu paroxysmaler Hämoglobinurie. Zweifellos handelte es sich bei der Patientin um eine allgemeine abnorme Empfindlichkeit für Kältereize, deren lokale Wirkung die cutanen Veränderungen, deren allgemeiner Ausdruck die Hämoglobinurie war. Ob der Sitz der abnormen Empfindlichkeit, d. h. der Beeinflufsbarkeit durch Kälteeindrücke peripher oder zentral anzunehmen ist, läfst der Verfasser dahingestellt. — Die Affektion an den Händen wurde durch den Gebrauch elektrischer (galvanischer und faradischer) Handbäder von erheblicher Stromintensität mit successiver Abkühlung des Badwassers beseitigt. Auch die abnorme Empfindlichkeit der Gesichtshaut für Kältereize besserte sich unter abhärtenden Mafsnahmen. *Göts-München.*

Über Parästhesie des Nervus cutaneus femoris lateralis, von Kornelius Horváth. (*Wien. med. Wochenschr.* 1899. No. 40.) Parästhesien des Nervus cutaneus femoris lateralis, der vom 1. oder 2. und 3. Lendenplexus entspringt, den Psoas major durchbohrt, von der Fascia iliaca nach unten und seitwärts läuft, vor den Kopf des Sartorius auf den Oberschenkel gelangt und hier an der antero-lateralen Seite sich breitet, sind von Bernhardt und anderen Autoren viel beobachtet. Als Ursachen sind Insulte des Nerven, Circulationsstörungen, Erkältungen, Neuritis etc. bezeichnet worden. Verfasser teilt vier Fälle mit, in denen sich das Leiden als hartnäckige Neuralgie mit zeitweiligen Unterbrechungen darstellt. Zerrung beim Stehen und Gehen ruft leicht einen Anfall hervor; Ruhe hebt den Schmerz auf.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Herpes Zoster, besonders der supraorbitale Typus, von Schamberg. (*Intern. med. Magaz.* Oktober 1899.) Verfasser bespricht die Ätiologie des Herpes zoster supraorbitalis unter Beifügung einiger guter Photographien, welche die Mitbeteiligung des Auges und die Heilung unter Narbenbildung (als Ausdruck der trophischen Störung) veranschaulichen. *F. Hahn-Bremen.*

Herpes Zoster thoraco-brachialis, von Bourneville und Boncour. (*Progrès méd.* 1899. No. 26.) Die Verfasser beobachteten bei einem 25jährigen Manne, dessen innere Organe vollständig gesund waren, einen Herpes Zoster, der den dritten Intercostalraum rechts bis in die Achselhöhle hinein einnahm, von hier aus sich an der Seitenwand des Thorax nach abwärts, sowie an der inneren Seite des Oberarms bis in die Gegend des Ellenbogens fortsetzte; außerdem fand sich auch über dem rechten Schulterblatt eine Herpeseruption, die in der Gegend der Spina beginnend, nach außen schwächer wurde. Dem Ausbruche des Exanthems gingen Fieber, Appetitlosigkeit, Kopfschmerzen, sowie Schmerzen in der Schulter, der Achsel und der vorderen Brustwand voraus. Die Schmerzen in der Achselhöhle, die nach dem Ausbruch des Exanthems noch heftiger und durch jede Adduktionsbewegung des Armes außerordentlich verstärkt wurden, schienen durch eine Erkrankung der Drüsen in der Achselhöhle verursacht zu sein; dieselben waren geschwollen und andauernd sehr druckempfindlich. Dagegen waren weder die befallenen Partien noch die Austrittsstellen der Intercostalnerven dieser Region auf Druck schmerzhaft. Die Sensibilität war an den den erkrankten Partien benachbarten gesunden Stellen sehr abgeschwächt. Die ganze rechte Oberextremität fühlte sich kühler an als die linke. — Der Sitz der Affektion, der sich genau mit der Ausbreitung des dritten Intercostalnerven deckte, spricht ebenso wie das Fehlen von Schmerzen an der Wirbelsäule gegen die Theorie der spinalen Entstehung des Herpes Zoster, für dieselbe sprechen die Sensibilitätsstörungen und die vasomotorischen Störungen, welche das Gebiet des dritten Intercostalnerven weit überschritten, sowie das Fehlen von Schmerzen an der Austrittsstelle dieses Nerven. Für infektiöse Entstehung der Affektion sprechen außer den vorausgegangenen Allgemeinerscheinungen die Schwellung und Schmerzhaftigkeit der Drüsen. Für einen ursächlichen Zusammenhang zwischen Tuberkulose und Herpes Zoster bot in dem beschriebenen Falle weder der Zustand des Patienten noch seine Familiengeschichte den geringsten Anhaltspunkt. *Göts-München.*

Über Herpes genitalis, von M. Gaucher-Paris. (*Indépendance méd.* 1899. pag. 281.) Verfasser bespricht in gedrängter Weise Entstehung, Wesen, Klassifizierung und Verlauf des Herpes progenitalis. Dieser auf äußerer Veranlassung beruhende Herpes unterscheidet sich nur durch seine Lokalisation von dem Herpes, der auf innere nervöse Störungen basiert. Beim Mann sind meist befallen Vorhaut, Sulcus

coronarius, seltener Eichel und Gliedhaut; beim Weibe sucht sich die Affektion mit Vorliebe die grofsen Labien, die Nymphen und deren Gabelung aus. Doch kann auch Scheide, Gebärmutterhals, Pubes, Analgegend und Schenkelfalte befallen werden. Es kann ein internen Ursachen folgender Herpes natürlich auch an den Genitalien sich lokalisieren. Spricht man jedoch vom eigentlichen genitalen Herpes, so sind die Veranlassungen mancherlei Art. Für den Mann: einfacher Coitus, Coitus mit einer an Herpes leidenden Frau, Excesse beim Coitus, Absonderungen blennorrhoischer oder schankröser Natur der weiblichen Genitalien, Leukorrhoe. Zur Entstehung gehört nebenbei noch eine konstitutionelle Veranlagung. Eine lokale Prädisposition, veranlafst durch vorhergegangene venerische Affektionen der Genitalien, braucht man gar nicht, wie es Diday und Doyan thun, anzunehmen; haben doch viele an Herpes der Genitalien leidende keinerlei venerische Antecedentien. Für die Frau wie für den Mann gelten etwa dieselben kausalen Momente. Häufig sieht man hier die die Affektion in den Flitterwochen auftreten. Symptomatologie und pathologische Anatomie: Verfasser bringt allgemein Bekanntes. Therapeutisch hebt er eine Mischung von Talkum oder Amylum mit pulverisiertem Alaun lobend hervor. Dieser Puder brennt allerdings im Anfang ein wenig. Gegen hartnäckige Efflorescenzen verwendet Gaucher 5%ige Höllensteinlösung, bei konfluierendem Herpes, wie er besonders häufig an der Vulva vorkommt, Borwasserkompressen, später borhaltige Puder. Um auf die Disposition einzuwirken versuche man Arsenik oder Schwefelbäder, (Uriage les bains). Doch ist der Erfolg dieser Medikation zweifelhaft. Mit dem dreifsigsten Lebensjahre schwinden die Attacken meistens. Bei neuralgischen Herpeseruptionen greift man zuweilen auf Kokain und Morphium zurück (10% lokal) oder auf diex, und andere Hypnotica intern. *Hopf-Dresden.*

Über anormalen Zoster gangraenosus, von Ungenannt. (*Journ. d. Pratic.* 1899. No. 27.) Die gangränöse Form des Herpes Zoster bietet manchmal sehr viele auffallende Eigentümlichkeiten dar. Der Eruption gehen nicht selten äufserst heftige Schmerzen voraus. Das Exanthem, das häufig in mehreren Schüben auftritt und sehr oft verschiedene Nervengebiete befällt, ist polymorpher Art; es besteht aus papulösen, vesikulösen und bullösen Efflorescenzen. Die Blasen brechen am 3. oder 4. Tage auf, es bilden sich Krusten, nach deren Abfall sich eine jauchig-belegte, diphtheroide oder eine trockene, weifse, harte Fläche zeigt; die Umgebung derselben ist bläulich verfärbt, ödematös, wenig empfindlich. Dann reinigen sich die Geschwüre allmählich und heilen unter Bildung irregulärer, pigmentierter, keloidähnlicher Narben aus. Stets bestehen mehr oder weniger heftige Allgemeinerscheinungen, Fieber, Appetitlosigkeit, Magenstörungen. Oft finden sich gleichzeitig mit dem Herpes an verschiedenen Körperstellen pustulöse und vesikulöse Eruptionen, die möglicherweise eine Infektion mit septischen Produkten des gangränösen Herdes darstellen. Die Affektion kommt an den Extremitäten häufiger als am Stamme vor; sie recidiviert sehr leicht und befällt besonders Greise, geschwächte, überanstrengte Menschen, Alkoholiker. Die Pathogenese ist noch nicht klargestellt. Differentialdiagnostisch kommen in Betracht, das gangränöse Erysipel, bei dem der Verlauf, die Temperaturkurve, die erysipelatöse Schwellung die Unterscheidung ermöglichen, der gangränöse Pemphigus, bei dem der Verlauf rapider, die Allgemeinsymptome viel schwerer sind, endlich noch die zosterähnlichen Eruptionen bei Tabes, bei Trophoneurosen, bei Nervencompressionen, bei Verbrennungen und Erfrierungen. Die Prognose ist stets ernst; es wurden Fälle beobachtet, die mit dem Tode endigten. Der Heilungsprozefs erfordert eine lange Zeit. Die Behandlung besteht in Bedeckung der affizierten Stellen mit feuchten antiseptischen Kompressen; Ausbreiten des Schorfes kann durch tiefgehende punkt-

förmige Kauterisationen verhütet werden. Nach dem Abfallen des Schorfes wird ein Verband mit sterilisierter Gaze oder mit Jodoformgaze angelegt; in manchen Fällen muſs die Wundfläche einigemale mit Argentum nitricum geätzt werden. Auſser der Lokalbehandlung ist allgemeine roborierende Behandlung nötig.

Götz - München.

Über Erythromelalgie, von B. Sachs. (*Mount Sinai Hosp. rep.* 1899. S. 114.) S. bespricht einleitend die verschiedenen Ansichten, welche bis jetzt über diese seltene Affektion geäuſsert worden sind, und sich besonders darum drehen, ob dieselbe peripheren oder zentralen Ursprungs ist, und weiterhin eingehend den von ihm selbst beobachteten Fall, welcher einen 36 Jahre alten Russen betraf; photographische Abbildungen des äuſseren sowie des histologischen Befundes (nach Amputation der befallenen zweiten Zehe des linken Fuſses) dienen zum besseren Verständnis. Der Mann, welcher kein Anzeichen einer anderen Nerven- oder Gefäſserkrankung zeigte, frei von jeder spezifischen Ansteckung oder von Alkoholismus war, wurde von heftigen Schmerzen in der linken Unterextremität ergriffen, welche von der Wade in die Hüfte und den linken Fuſs ausstrahlten. Schwellung und Röte traten bald hinzu und vermehrten sich stets bei hängender Extremität. Einige Monate nach dem Auftreten dieser „roten Neuralgie“ erschien ein kleines Geschwür am Rücken des linken Fuſses, welcher in ein groſses, gangränöses Geschwür sich umwandelte, gefolgt von trockener Gangrän der zweiten Zehe und drohender Gangrän aller übrigen Zehen. In Anbetracht des drohenden Weitergreifens der Gangrän und der ständigen Schmerzen wurde die Amputation der Zehe ausgeführt und Patient erholte sich vollständig. Mitchells Beschreibung der Erythromelalgie stimmt in allen Punkten bis auf die Gangrän mit dem vorliegenden überein, dieser hält sogar dafür, daſs die letztere bei Erythromelalgie nicht vorkomme, vielmehr ein wichtiges differentialdiagnostisches Merkmal zwischen dieser und Raynauds Krankheit bilde. Sachs hingegen ist überzeugt, daſs in äuſsersten Graden von Erythromelalgie auch Gangrän vorkommen kann, zumal der histologische Befund mit dem von Mitchell und Spiller aufgestellten auffallend übereinstimmte. Wie die Zeichnungen lehren, bestand ausgeprägte Arteriitis, welche alle Schichten, besonders aber die Intima betraf, so daſs Verschluſs sowohl kleinerer wie gröſserer Äste vorhanden war, keine einzige normale Arterie gefunden und diese Arterienerkrankung nicht nur in unmittelbarer Nähe des affiziérten Fuſses, sondern auch am Oberschenkel kontastiert wurde. Vor allem wurde diese Arteriitis in den Ästen, welche die Nervenbündel begleiteten, gefunden. Die Nerven zeigten eine geringe Degeneration der Fasern, wenn auch auſser Verhältnis zu der ausgesprochenen Arterienerkrankung stehend; deutlich ist diese Degeneration in den NN. tibial. anteriores und peronei. S. hält es für wahrscheinlich, daſs die Erkrankung der Nerven sekundär jener der Arterien folgte, möglich sei es immerhin, daſs letztere durch eine Affektion des Zentralnervensystems bedingt ist, wenn es auch nach vorliegendem Falle, wo Patient keine Spur einer Erkrankung des Rückenmarks aufwies, unwahrscheinlich ist. Als Schluſsresumé seiner Forschungen ergiebt sich für S., daſs Erythromelalgie nicht als Krankheit sui generis angesehen werden kann, sondern als ein Symptomenkomplex, welcher mit Erkrankungen zentralen Ursprungs verbunden sein k a n n, aber, wie er bewiesen, von einer Affektion peripherer Arterien abhängt. Der Vergleich mit Zuständen, welche der Erythromelalgie ähnlich sind und auf ausgesprochene Herz- und Gefäſserkrankung folgen, führt zu der Annahme, daſs diese Symptomengruppe bei bestehender Arterienerkrankung ohne gleichzeitige Nervenaffektion sich entwickeln kann; sicher sei Erythromelalgie ebenso eine Krankheit der Arterien wie der Nerven.

Stern-München.

Einen Fall von symmetrischer Geschwulstbildung, Erythromelalgie, demonstriert A. Jacobi. (*New Yorker med. Monatsschr.* 1899. No. 7.) Patient bekam vor 2½ Jahren Anschwellungen am linken Knöchel, die damals als Sarcome gedeutet wurden, jetzt leidet er an heftigen Schmerzen in den Füfsen, besonders wenn dieselben herunterhängen. Die 2.—4. Zehe sind weniger schmerzhaft und auch etwas blasser. Der Schmerz geht den Tibialnerv entlang bis zum Knie. Die Femoralarterien sind hart, das Myokard scheint schwach zu sein. Vielleicht handelt es sich um eine Ernährungsstörung in den peripheren Nerven. — Rudisch hat einen Fall von Erythromelalgie an der Hand mit gleichzeitigem Riesenwuchs gesehen. — Langmann kann bei dem demonstrierten Patienten die Arteriosklerose nicht bestätigen. — Moschcowiz erklärt die von ihm gesehenen Fälle durch Angiospasmus. — Jacobi glaubt, dafs hier eine Verwechselung mit Raynaudscher Krankheit vorliegt.

Jessner - Königsberg i. Pr.

Neuer Beitrag zum Studium der Erythromelalgie, von Personali. (*Rif. med.* 1899. No. 73.) Verfasser beschreibt drei Fälle dieser Affektion bei syphilitischen Individuen. Bei dem einen derselben waren auch Symptome von Tabes vorhanden. Was den Sitz der Affektion anbelangt, will sich der Verfasser nicht aussprechen, um nicht blofs Hypothesen aufzustellen. Er glaubt jedoch, dafs derselbe nicht ein peripherer ist, indem nichts von einer Lokalisation im Verlaufe eines Nerven oder dessen Ästen zu sehen war. Zur Annahme einer cerebralen Läsion fehlen ebenfalls die Anhaltspunkte; bei einem der drei Fälle scheint vielmehr eine Läsion des Rückenmarks in Frage zu kommen. Seiner Ansicht nach handelt es sich überhaupt bei der Erythromelalgie nicht um eine Affektion sui generis, sondern um ein Syndrom, das aus den verschiedensten Veränderungen, unter anderen der Syphilis, hervorgehen kann.

C. Müller-Genf.

Akute Exantheme.

Otitis der akuten Exantheme vom Standpunkt des Kinderarztes und allgemeinen Praktikers, von Henry Fruitnight-New York. (*Med. News.* 1. Juli 1899.) In einer 25jährigen Praxis erlebte Fr. unter 5000 Fällen akuter Exantheme, besonders von Masern und Scharlach, als häufigste Komplikation Otitis media, und zwar in circa zwei Dritteln aller Fälle. Dieselbe stand aber keineswegs im Verhältnis zur Schwere des Grundleidens, da erst diese Komplikation bei relativ leichter Infektion beobachtet wurde. Von grofser Wichtigkeit ist es, von Anfang an das Leiden zu behandeln, da späterhin eine Heilung zu den Seltenheiten gehört. Fr. beobachtete, dafs speziell Kinder, welche mit einer Konstitutionskrankheit, wie Tuberkulose, Rhachitis, Syphilis, behaftet sind, zu Otitis disponiert sind. Es mufs, wie Fr. schon früher darauf hingewiesen hat, peinliche Aufmerksamkeit auf die Behandlung von Nase und Kehlkopf in diesen Fällen gelegt werden, wodurch oft Otitis verhindert werden kann. Die Trommelfellparacenthese hält Fr. selten für nötig, da meist von selbst durch die Eiterung die Zerreifsung eintritt und dies nur bei langsam verlaufender Erkrankung mit geringer Eiterung auf künstlichem Wege geschehen sollte. Für die begleitende Otorrhoe giebt Fr. folgenden Plan an: zuerst sind fünf Tropfen von Wasserstoffsuperoxyd in das Ohr zu träufeln, nach einigen Minuten wird dieses mit warmem Wasser ausgewaschen, bis dasselbe klar abläuft. Dann wird das Ohr mit Watte gut ausgetrocknet und drei Tropfen einer alkoholischen Borsäurelösung ins Ohr geträufelt, um dort zu bleiben. Mit dieser Behandlung ist es Fr. in vielen Fällen gelungen, dem eiterigen oder eiterig purulenten Ausflufs Einhalt zu thun. *Stern-München.*

Das Vorkommen des sogenannten Streptococcus scarlatinae in Kulturen aus dem Rachen in Fällen von Scharlach, von JOHN BILLINGS. (*New York med. Journ.* 8. Juni 1899.) Der von KLEIN im Jahre 1887 aus dem Blut von Scharlachkranken isolierte Streptococcus, welcher gewisse Kultureigentümlichkeiten haben soll, wurde später auch im Rachen der Kranken von KURTH gefunden und dieser Befund von KLEIN bestätigt (in 11 Fällen von Scharlach). BILLINGS untersuchte nun in 17 Fällen von Scharlach den Rachen bakteriologisch. In jedem der unzweifelhaft als diese Krankheit festgestellten Fälle wurden wenigstens drei und mehr Reinkulturen gemacht und 50% der von den Agarplatten übertragenen Bouillonkulturen zeigten eine gewisse Ähnlichkeit mit den von KLEIN beschriebenen Kulturen, aber nur in einem Falle war eine Streptococcusart vorhanden, welche wirklich die charakteristischen Kulturmerkmale des Streptococcus scarlatinae zeigte. Derselbe ist also einerseits selten vorhanden, andererseits schwer zu konstatieren, so dafs ihm B. für zweifelhafte Fälle von Scharlach keine diagnostische Bedeutung zusprechen kann. Er läfst übrigens die Möglichkeit offen, dafs eben die Erkrankung selbst verschiedenartig in Amerika und anderen Ländern auftritt. *Stern-München.*

Ein Fall von schwerer Pyämie bei Scharlachgenesung, von B. EGIS. (*Ztg. f. Kinderheilk.* 1898. I.) Der Fall betraf ein schwaches Kind von 3 Jahren, welches ungeachtet der Komplikation des Scharlachs, Ostitis media purulenta, Nephritis, Empyem und Pyämie, die ausgeführten Operationen, Thoracotomie und Eröffnung dreier pyämischer Abscesse gut vertrug und nach dreimonatlichem Aufenthalte im Hospital als vollkommen genesen entlassen werden konnte. *Grünberg-St. Petersburg.*

Ein Fall von tötlicher Blutung aus der Vena jugularis comm. bei Scharlach, von J. STEIN. (*Estenedeljaik.* 1898. No. 15.) Bei einem fünfjährigen Kinde bildete sich im Anschlufs an eine Scarlatina eine rechtsseitige Lymphadenitis, die abscedierte und incidiert wurde. Mehrere Tage darauf stellte sich eine abundante Blutung ein, die nicht zu stillen war. Auf der vorderen Wand der Vena jugularis fanden sich zwei Defekte. *Grünberg-St. Petersburg.*

Perichondritis laryngea bei Scharlach, von H. KRAUS. (*Prag. med. Wochenschr.* 1899. No. 29 u. 30.) Bei einem achtjährigen Knaben, der an schwerem Scharlach acht Tage darniedergelegen hatte, trat, als das Sensorium freier wurde und das Kind zu sprechen begann, starke Heiserkeit ein. Bald gesellten sich Erscheinungen von Larynxstenose hinzu. Laryngoskopisch wurde Rötung und Schwellung der linken Regio arytaenoidea konstatiert. Intubation. Dann Tracheotomie. 24 Stunden nach dieser Aushusten einer grofsen Menge Eiter. Bronchitis, Pneumonie, Empyem. Exitus. Die Sektion ergab Perichondritis laryngea suppurativa. *I. Bloch-Berlin.*

In der medizinischen Gesellschaft zu Leipzig (*Münch. med. Wochenschr.* 1899. No. 27) demonstrierte PÄSSLER mikroskopische Präparate von **Scharlachmeningitis,** die von zwei kräftigen Mädchen im Alter von 18 und 21 Jahren stammten; beide waren am sechsten Krankheitstage gestorben. Die eine Patientin hatte nur Allgemeinerscheinungen gezeigt, wie sie bei jeder akuten Infektionskrankheit vorkommen: Kopfschmerzen, Benommenheit, Unruhe, Irritation, Delirien, Sopor, Coma. Bei der Obduktion fanden sich makroskopisch und mikroskopisch zahlreiche kleine Blutungen, besonders unter der Pia sitzend, mitunter noch ein wenig in die Hirnrinde selbst hineinragend; ausgesprochene entzündliche Erscheinungen fehlten. Bei der anderen Patientin war neben heftigen Kopfschmerzen, Sopor, Delirien vom dritten Tage an hochgradige Nackenstarre aufgetreten; Lähmungen waren nicht vorhanden. Das

Exanthem war, namentlich am Rumpfe, teilweise hämorrhagisch. Bei der Sektion fand sich neben mäfsig zahlreichen subpialen Blutungen eine deutliche, wenn auch erst beginnende Meningitis. — In beiden Fällen stand also die Geringfügigkeit der anatomischen Veränderungen im Gegensatz zur Schwere der klinischen Erscheinungen; insbesondere kann man nicht annehmen, dafs im zweiten Falle die heftigen Erscheinungen von der mechanischen Wirkung der ganz unbedeutenden Exsudatmassen abhängig waren. Der Befund in diesem Falle beweist aber doch, dafs man es bei den meningitischen Erscheinungen im Leben nicht nur mit dem Ausdruck der allgemeinen Infektion, sondern auch mit einer speziellen auf die weichen Hirnhäute lokalisierten Schädigung zu thun hatte. *Götz-München*

Scharlach nach einer Bruchoperation, von Boisson. (*La Policlinique*). Ein 12jähriger Knabe war wegen einer Leistenhernie operiert worden. Am folgenden Tage stellte sich Fieber ein, das am dritten Tage 40,4° erreichte; heftige Allgemeinerscheinungen und Ausbruch eines typischen Scharlachexanthems, das in der Mundhöhle begann und sich rasch über den Körper verbreitete. Der Wundverlauf war vollständig normal. Wahrscheinlich befand sich der Knabe zur Zeit der Operation bereits im Prodromalstadium der Scarlatina, welche unter dem Einflusse der Operation zum Ausbruche gekommen ist. *C. Müller-Genf.*

Arsen in der Therapie des Scharlachs, von S. Selzer. (*Ztg. f. Kinderheilk.* 1898. No. 5.) Die günstige Wirkung, die Arsen auf den Verlauf des Scharlachs nach einer Mitteilung von Sperance haben sollte, negiert Verfasser infolge seiner Mifserfolge mit diesem Mittel bei einer Scharlachepidemie. Auch die dem Arsen zugeschriebene prophylaktisch wirkende Eigenschaft hat sich nicht bestätigt, denn zwei Kinder, welche schleunigst von ihrem an Scharlach erkrankten Bruder getrennt wurden, erkrankten beide, obgleich sofort mit Verabreichung von Arsen begonnen wurde. Bemerkenswert ist jedoch der Umstand, dafs beide Kinder nur eine leichte Form durchmachten, ohne jede Komplikation oder Nacherkrankung, was ganz isoliert dastand in der an diesem Orte herrschenden schweren Epidemie mit 49,1% Mortalität. Auf Grund dieses glaubt Verfasser, die Möglichkeit einer compensierenden, abschwächenden Wirkung dem Arsen nicht ganz absprechen zu dürfen. *Grünberg-St. Petersburg.*

Gleichzeitiges Erkranken an Scharlach und Masern, von O. Unruh. (Festschrift zur Feier des 50jährigen Bestehens des Stadtkrankenhauses zu Dresden. Dresden, W. Baensch. 1899.) Das gleichzeitige Auftreten von Masern und Scharlach bedeutet stets ein ernstes Ereignis. Eine Erkrankung Skarlatinöser oder scharlachkrank Gewesener scheint öfter vorzukommen als das umgekehrte Verhältnis. Vielleicht erklärt sich das daraus, dafs Masernkranke eher Gelegenheit zur Infektion geben, als die doch immerhin zeitig aufs Krankenbett geworfenen und sorgfältig isolierten Skarlatinen. Für zeitlich dicht aufeinander folgende Erkrankung scheint eine gegenseitige Beeinflussung insofern vorzuliegen, als die spätere Krankheit besonders schwer zu verlaufen pflegt. Masern nach Scharlach sind ungünstiger für die Prognose als umgekehrt. Je rascher die Morbilli auf das Scharlachfieber folgen, umso ungünstiger stehen die Chancen. Die Schwere der zweiten Erkrankung hängt scheinbar nicht von der Intensität der ersten ab, ebenso wenig von dem Charakter der betreffenden Epidemie. Die Beobachtungsreihen Unruhs sind nur kleine. Von 5 Masernkindern, die dann stationär wurden, starben 2, von den 12 morbillös gewordenen Scharlachkindern 5, letztere alle an Lungenaffektionen. Ein Geschwisterpaar erkrankte kreuzweise, der erste Bruder an Masern mit Scharlachinfektion am sechsten Tage der Masernerkrankung, der zweite Bruder an Masern, nach weiteren 13 Tagen an Scharlach.

In beiden Fällen Exitus letalis. Verfasser wendet sich gegen Jérome Lange, nach welchem beide Affektionen ohne gegenseitige Beeinflussung hinsichtlich der Prognose parallel nebeneinander verlaufen. *Hopf-Dresden.*

Ein Fall von gleichzeitiger Masern- und Streptokokkeninfektion, von B. Egis. (*Ztg. f. Kinderheilk.* 1898. No. 4.) Ein zweijähriges Kind wurde vom Verasser ins Hospital aufgenommen mit der Erscheinung einer Scharlachinfektion, welche durch mikroskopische und bakteriologische Untersuchung des Rachenschleims und des Blutes bestätigt wurde. Klinisch bot es folgendes: Im Gesicht, auf Kopf, Brust und Rücken ein diffuses Erythem, besät mit kleinen punktförmigen Petechien. Leichte Conjunctivitis, starke Angina. Pneumonischer Herd im linken oberen Lungenlappen. Drei Tage darauf wurde die Conjunctivitis stärker, der Husten heftiger, bellend und auf Kopf und Hals kam ein deutliches Masernexanthem zum Vorschein, welches sich typisch von oben nach unten über den ganzen Körper verbreitete. Das erste Erythem und die Petechien verblafsten. Die Angina wurde heftiger, die Schleimhaut oberflächlich nekrotisch. Am vierten Tage abends Exitus letalis unter den Erscheinungen von Herzlähmung. Bei der Sektion fand sich hochgradige parenchymatöse Degeneration der Organe, wie bei schweren septischen Erkrankungen. Ein Kind, welches neben dem genannten im selben Krankenzimmer sich befunden hatte, erkrankte 13 Tage darauf an einem typischen Masernexanthem, ein Umstand, der zur Bestätigung der obigen Diagnose dienen kann. *Grünberg-St. Petersburg.*

Das neue diagnostische Merkmal bei Masern, Flecken an der Mund- und Lippenschleimhaut, von Henry Koplik-New York. (*Med. News.* 3. Juni 1899.) Koplik bedauert, dafs seine Entdeckung dieses Frühsymptoms der Masern, welche besonders für Leiter von Spitälern und Asylen zur Verhütung von Epidemien so wichtig sei, bis jetzt zu wenig Beachtung gefunden habe, führt kurz die wenigen Autoren, die sich aufser ihm damit beschäftigt haben, an und geht nochmals auf eine Beschreibung der Schleimhautflecken ein. Dieselben treten 24 Stunden, 48 Stunden und selbst 3 bis 5 Tage vor dem Erscheinen des Hautausschlages auf, sind vor der Conjunctivitis schon da und auch, wenn wenig oder kein Fieber vorhanden ist. Von 52 nacheinander behandelten Patienten wurde so die Diagnose der Masern schon gestellt, bevor irgend ein Exanthem sich gezeigt hatte. Das diagnostische Merkmal erscheint mit Vorliebe an der Schleimhaut, welche die Wangen und Lippen begrenzt, niemals an der des harten oder weichen Gaumens oder an der Rachenschleimhaut. Anfangs in geringer Anzahl werden die kleinen, unregelmäfsigen Flecke von hellroter Farbe, in deren Centrum ein feiner blauweifser Punkt liegt, später zahlreicher, konfluieren, wenn der Hautausschlag erscheint und beginnen dann abzublassen und zu verschwinden. Manchmal ist die Zahl der Flecken eine sehr geringe, zuweilen aber wieder eine sehr grofse und bedecken die ganze Innenfläche der Wangen; wenn man sie einmal gesehen hat, so sind sie leicht wieder zu erkennen, nur ist stets gutes Tageslicht zur Besichtigung nötig. Das von K. beschriebene Zeichen ist von gröfster diagnostischer Wichtigkeit und giebt einen unfehlbaren Anhaltspunkt für das Auftreten der Krankheit, bevor der Hautausschlag vorhanden ist, und man kann so für einen gröfseren Zeitraum prophylaktische Mafsregeln für die Gesunden treffen. Wichtig ist dieses Zeichen auch zur Differentialdiagnose von Scharlach, gewöhnlichem Aphthen, Röteln, besonders aber von Influenza, welche oft ganz ähnlich wie Masern beginnt. Speziell instruktiv sind die Fälle doppelter Infektion vom Scharlach und Masern bei demselben Individuum, wo die Diagnose ohne das Zeichen der Schleimhautflecke unmöglich wäre; ferner führt K. noch einen Typhusfall an, wo in der dritten Woche Masern hinzutraten unter plötzlichem Temperaturanstieg und nur die Schleimhautflecken die

Diagnose dieser Komplikation gestatten. Dieses pathognomische Zeichen in einem frühen Stadium der Krankheit ermöglicht die Isolierung der Masernpatienten mit Sicherheit eher als es bisher der Fall war, und Epidemien entweder zu beschränken oder ganz zu unterdrücken. Vier beigegebene Farbendrucke illustrieren die Natur und Beschaffenheit der Koplikschen Flecken. *Stern-München.*

Über die „Koplikschen Flecken bei Masern", von J. Widowitz. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1899. No. 37.) Auf Grund der Beobachtung von 158 Masernfällen bestätigt Verfasser das fast regelmäfsige Vorkommen der Koplikschen Flecken auf der Wangenschleimhaut, denn dieselben fehlten nur in 18 Fällen. In 15,82% der Fälle waren sie mafsgebend für die Diagnose, da kein sonstiges sicheres Zeichen der herannahenden Masern vorhanden war; meistens allerdings treten sie gleichzeitig mit anderen Prodromalerscheinungen (rote Flecke am Gaumen, Katarrhe) auf. — Bei 135 Fällen von Röteln wurden die gleichen Flecken nur in 7,41% der Fälle gefunden, also im Vergleich zu Masern sehr selten. Vereinzelt wurden sie auch bei einfachen Katarrhen der Schleimhaut der Atmungsorgane und bei Angina follicularis vom Verfasser gesehen. Sie sind deshalb ein sehr wertvolles, aber doch nicht absolut sicheres und verläfsliches Frühsymptom der Masern. Eine Diagnose läfst sich auf dem Befunde Koplikscher Flecken nur aufbauen unter gleichzeitiger Berücksichtigung des Gesamtbildes. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Zur Kasuistik der Psychosen bei Masern, von L. Finkelstein. (*Estenedeljaik.* 1898. No. 11.) Ein 13jähriger Knabe, der in neun Tagen Masern durchgemacht hatte wurde plötzlich von stürmischen Delirien, Angstzuständen und Bewufstseinsstörungen befallen, später Hallucination; Genesung. — Ein anderer von Dr. Hieroglyph beobachteter Fall bezieht sich auf einen während der Inkubationsperiode von Masern sich abspielenden Fall von hallucinatorischem Irrsein bei einem 14jährigen Mädchen, das unter Erscheinungen von Lungenödem starb. *Grünberg-St. Petersburg.*

Choreiforme Bewegungen nach Varicellen, von Menko. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1899. No. 45.) Das vierjährige Töchterchen sehr nervöser Eltern, das auch selbst stets sehr aufgeregt war, erkrankte samt seinen Geschwistern an Varicellen; während die Geschwister normal abheilten, bemerkte man, dafs dies Kind fortwährend Grimassen machte und dafs Kopf und obere Extremitäten sich in schüttelnder Bewegung befanden. Ferner schwankt das Kind bei geschlossenen Augen, die Zunge, gerade herausgestreckt, zeigt rythmische Bewegungen. Rasche Abheilung unter Bromnatrium und lauwarmen Bädern. Verfasser erklärt sich die Krankheit durch eine Giftwirkung der Varicellentoxine auf das centrale Nervensystem, vor allem auf die motorischen Apparate. *F. Hahn-Bremen.*

Pocken, Bericht über 21 Fälle mit Photographien, von Leavitt. (*St. Paul med. Journ.* Okt. 1899.) Im Februar des Jahres brach eine kleine Pockenepidemie aus, deren Ursprung nicht zu eruieren war, da jetzt, besonders seit dem Philippinenkrieg, allenthalben zerstreut in den Vereinigten Staaten die Pocken auftreten. Verfasser giebt einen Überblick über den Verlauf der Erkrankung an Pocken im allgemeinen, über die Differentialdiagnose, über die Geschichte der Pocken, und giebt dann einen Auszug aus den Krankengeschichten. Von Interesse ist vor allem, dafs bei weitem die meisten der Befallenen nicht geimpft waren und dafs bei denjenigen Zweien, die vorher geimpft waren, die Erkrankung einen durchaus abortiven Charakter hatte. *F. Hahn-Bremen.*

Über den Stand der Schutzpockenimpfung in England, von R. Abel. (*Dtsch. Vierteljahrsschr. f. öffentl. Gesundheitspflege.* Bd. 31. Heft 3.) Am 12. August vorigen Jahres wurde in England das neue Impfgesetz angenommen. Bis dahin bestand dort das Gesetz von 1867 zu Recht mit den 1874 erlassenen Zusätzen. Dasselbe bestimmte, dafs jedes Kind vor Ablauf des dritten Lebensmonats geimpft werden müsse. Zuwiderhandlungen werden mit Geld- resp. Gefängnisstrafen belegt. Da aber die Exekutive in den Händen der Stadtverwaltungen liegt und die Stadtverordneten (Guardians) durch direkte Abstimmung gewählt werden, so war es in vielen Städten möglich, ohne jegliche Bestrafung die vom Gesetze vorgeschriebene Impfung zu umgehen. Infolge der wüsten Agitation der Impfgegner ist demgemäfs die Zahl der nicht geimpften Kinder im Lande von 4,5% im Jahre 1872 auf 19,8% im Jahre 1895 allmählich gestiegen. Manche Städte wiesen 1888 sogar 76,5% (Leicester), 78,7% (Keighley) und 79,6% (Gloucester) Impfentziehungen auf. Ferner ist notorisch, dafs auch viele Ärzte auf Grund von durchaus ungenügenden Reaktionen Atteste über gelungene Vaccination ausstellten. Was dies bedeutet, zeigt die Statistik aus der Pockenepidemie in Warrington, wo Personen mit gutentwickelten Impfnarben eine Mortalität von 2,9% ergaben, während bei wenig ausgebildeten Impfspuren 8,9% Todesfälle sich ereigneten und bei den Ungeimpften 35,3%. Dabei ist hervorzuheben, dafs die Revaccination nicht gesetzlich vorgeschrieben ist und demgemäfs relativ selten ausgeführt wird. Eine Besserung bedeutet das neue Gesetz insofern, als die Frist zur Vornahme der Impfung vom dritten Lebensmonat auf den sechsten erweitert wird, und die bisherige Impfung von Arm zu Arm zu Gunsten der Glycerinkälberlymphe verlassen wird. Sehr bedenklich ist aber die sog. Gewissensklausel (Conscience clause), der zufolge jeder Vater oder Vormund für den betreffenden Impfling Befreiung erhalten kann, wenn er vor Ablauf des vierten Lebensmonats unter Eid versichert, dafs er gewissenhafte Bedenken gegen die Zweckmäfsigkeit des Impfens habe. Die daraufhin ausgestellte Bescheinigung verfällt aber, wenn sie nicht binnen acht Tagen dem Distriktsbeamten vorgelegt wird. (In der That sind bereits unzählige solche Scheine ungültig geworden. Ref.) Ist das Neugeborene nicht rechtzeitig zur Impfung gekommen, so mufs der öffentliche Impfarzt seinen Besuch bei den Eltern anmelden und die Impfung anbieten. Auch sonst kann man verlangen, dafs er die Impfpflichtigen in ihren Wohnungen aufsucht, aufser wenn letztere in gesundheitlich nachteiligem Zustande sind. Diese Einrichtung soll in Schottland sehr günstig gewirkt haben, wie auch überhaupt dort unter anderen Landesgesetzen die Verhältnisse wesentlich günstiger sein sollen. Wie dieses „terible Experiment" schliefslich ausfallen wird, ist noch kaum zu sagen. Die bisherigen Pockenausbrüche in Gloucester, Leicester u. s. w. waren schlimm genug, doch scheinen noch härtere Schläge nötig, um manchen Leuten die Augen zu öffnen. *Philippi-Itzehoe.*

Beschlüsse des Bundesrats, betreffend das Impfwesen, von Leonh. Voigt. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1899. No. 47.) Seit der Veröffentlichung der Beschlüsse vom 28. Juni 1899 sind eine grofse Reihe von Änderungen im Impfwesen eingetreten, die die Handhabung der Impfpflicht für Arzt und Publikum erleichtern; wir erwähnen die Vermehrung der Impforte und Impftermine, die bessere Ausrüstung der letzteren, die Beschränkung der Impfschnitte auf vier; die Impfung gilt als erfolgreich, wenn eine Pustel angegangen ist; bei Wiederimpfungen gilt ein Knötchen als genügend. Die Vorschriften für die Einrichtung der staatlichen Impfanstalten sind sehr eingehend, die Verhaltungsmafsregeln für die Angehörigen sind im allgemeinen bereichert; nur ist der § 10, der sich mit der Behandlung der Impfpusteln befafst, etwas unklar und mufs eventuell nachgeprüft werden. *F. Hahn-Bremen.*

Chronische Infektionskrankheiten.

a. *Lepra.*

Zur Vorgeschichte des Aussatzes, von Iwan Bloch. (*Zeitschr. f. Ethnol.* Bd. 31.) Bloch beschäftigt sich hier eingehend auf Grund von Litteratur- und anderen Forschungen (an peruanischen Thonfiguren) mit der Frage des präkolumbischen Aussatzes in Südamerika und kommt in erster Linie durch den Vergleich von Darstellungen Lepröser auf Gemälden italienischer Maler des 14. und 15. Jahrhunderts mit den peruanischen Thonfiguren zu dem Schlusse, dafs es sich auch bei letzteren zweifelsohne nur um Lepra handeln kann. Es mufs also vor der Entdeckung Amerikas durch Columbus in diesem Erdteile die Lepra geherrscht haben. Die historische Forschung weiterhin ausdehnend, hält es Bloch für sehr wahrscheinlich, dafs sich der Aussatz schon in prähistorischer Zeit von Egypten sowohl nach Europa wie besonders nach Vorderasien verbreitet hat. Wenn auch noch genauere wissenschaftliche Forschungen über verschiedene merkwürdige Krankheitsformen, die in früherer Litteratur beschrieben sind, notwendig sein dürften, so kommt Bloch in seiner interessanten Arbeit, deren einzelne Daten hier nicht wiederzugeben sind, wiederholt zu dem Schlusse, dafs schon vor dem 15. Jahrhundert in Amerika die Lepra geherrscht habe, ein Schlufs, der auch für die übrige Lepraforschung von Wichtigkeit ist.

Stern-München.

Über den heutigen Stand der Hereditäts- und Contagiositätsfrage der Lepra, von A. Loewald. (*Die ärztl. Praxis* 1899, No. 6.) An der Hand der Ausführungen von Leloir, dreier von A. v. Bergmann kürzlich beobachteten Fälle weist Verfasser nach, dafs die Lepra tuberosa als eine kontagiöse Krankheit zu betrachten sei. Allerdings ist man noch im Unklaren über die Wege der Übertragung. Trotz der Untersuchungen Stickers und Schäffers über die frühzeitigen Nasenveränderungen bei Lepra und über die Ausscheidung zahlreicher Bacillen mit dem Vicsaht, ist zu beachten, dafs nicht selten die lepröse Koryza erst bei ausgesprochener Lepra hervortritt und dafs die meisten Fälle erst in einem Stadium zur Beobachtung kommen, in dem die Eingangspforte nicht mehr mit Sicherheit erkennbar ist. Auch sind Schleimhautveränderungen nicht beweisend für die Initialaffekte.

Die Lepra anaesthetica ist vielleicht gar nicht ansteckend. *J. Bloch-Berlin.*

Lepra in Neu-Caledonien, von M. A. Auché. (*Lancet.* 16. September 1899.) Während vor 50 Jahren das Leiden in dortiger Gegend, so viel man hat feststellen können, gänzlich unbekannt war, sollen jetzt unter 39 000 Einwohnern etwa 4—5000 Leprakranke existieren. Allerdings wird gleich hinzugefügt, dafs wohl viele andere Hauterkrankungen irrigerweise in dieser Zahl mit eingeschlossen sein dürften. Dagegen ist in 64 Fällen unter einer Reihe von 86 wohl ausgebildeten Erkrankungen bei Weifsen der Leprabacillus mit Bestimmtheit nachgewiesen worden, ein Beweis, dafs die von den dortigen Ärzten wiederholt hervorgehobene Infektionsgefahr keine eingebildete ist. Trotzdem hat die Regierung bisher sehr wenig gethan, um eine weitere Ausbreitung zu verhindern. *Philippi-Itzehoe.*

Lepra auf Madeira, von J. A. Thompson. (*Lancet.* 30. Sept. 1899.) Verfasser giebt eine kritische Besprechung und Auszüge aus dem Buch von Jules Goldschmidt „La Lèpre", mit besonderer Berücksichtigung der Ätiologie, welche er als noch durchaus unklar bezeichnet. Die Krankheit hat dort jedenfalls seit dem 15. Jahrhundert geherrscht. Die sanitären Vorkehrungen sind noch heute vielfach ungenügend. Die einheimische Bevölkerung lebt zum gröfsten Teil in grofser Dürftigkeit und ohne

irgend welche Maßregeln, um die Berührung der Kranken und Gesunden zu verhüten, und die Insel ist erheblich übervölkert. Trotzdem ist das Leiden verhältnismäßig wenig verbreitet, indem man zur Zeit nur 70 Fälle bei einer Gesamtbevölkerung von etwa 120000 zählt. *Philippi-Itzehoe.*

Kein Beweis für präcolumbische Lepra in Amerika, von Ashmead-New York. (*Canadian Journ. of Med. and Surg.* März 1899.) **Eine falsche Mitteilung aus dem „Baltimore Oriole"** von Ashmead-New York. (*St. Louis Med. and Surg. Journ.* Febr. 1899.) Die letztere Abhandlung wendet sich in polemischer Weise gegen Rohé, der Lepra für ungefährlicher für Individuen und Allgemeinheit erklärt hatte als Syphilis. Die erste Arbeit resumiert die seit der Leprakonferenz nicht wieder zur Ruhe gekommenen Kontraversen Ashmead-Virchow, Polakowsky, Carrasquilla u. s. w. Die Mitteilung ist insofern wertvoller als manche vorhergehende desselben Autors, als sie einige Photographien der bewußten Thongefäße und altgermanischen Mumien mit gleichen Verletzungen wie sie an jenen Vasen zu beobachten waren, bringt. Hoffentlich ist das Ashmeads letztes Wort. *Hopf-Dresden.*

Mitteilungen über Lepra nach Beobachtungen in Südafrika, von Kolle. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1899, No. 39.) Verfasser weist auf die Häufigkeit des Bacillenbefundes in der Nase bei Lepra hin, die Sticker dazugeführt hatte, den Primäraffekt der Lepra in der Nase zu suchen; bei Lepra tuberosa fanden sich im Nasensekret Bacillen in allen Fällen, bei Lepra mixta in ca. 75%, bei Nervenlepra allerdings nur in 33%; doch zwei von diesen Patienten husteten ein bacillenreiches Sekret aus; bei der Obduktion zweier an Lepra mixta verstorbener Leichen fand sich allerdings in der Nase keine Spur von leprösen Veränderungen oder Bacillen. *F. Hahn-Bremen.*

Ein englischer Leprafall, von J. R. Mac Mahon. (*Lancet.* 16. Sept. 1899.) Das Interesse an diesem Falle beruht darauf, daß der Patient, ein 35jähriger Mann, der unzweifelhafte Symptome des Leidens darbietet, von einer gesunden, in England ansässigen Familie herstammt und niemals außer Landes gewesen ist. Auf welche Weise die Infektion zu Stande gekommen ist, hat Verfasser nicht eruieren können. Er berichtet über einen hochgradigen Fall bei einer durchreisenden Russin, welche in einem Hotel dritten Ranges wohnend, vielleicht eine Infektionsquelle bei mangelhafter Reinigung resp. Erneuerung der Bettwäsche abgeben könnte. Gleichzeitig weist er aber auf die zahlreichen Fälle hin, wo Ehegatten Jahre lang miteinander verkehrt haben, ohne daß eine Uebertragung von dem kranken Teil auf den gesunden stattgefunden hätte. *Philippi-Itzehoe.*

b. Tuberkulose.

Über Lichen scrophulosorum bei einem Neger, von T. Caspar Gilchrist. (*Johns Hopkins Hosp. Bull.* Mai 1899. No. 98.) Vorliegender Fall ist deshalb von besonderem Interesse, weil er einerseits der erste bei einem Neger beobachtete von Lichen scrophulosorum ist, andererseits von dieser Affektion bis jetzt überhaupt nur 4 Fälle in Amerika bekannt geworden sind. Es handelt sich um ein 11jähriges Mädchen, deren Allgemeinbefinden, Appetit u. s. w. gut war; bei der Untersuchung wurden am oberen Teil des Rückens eine Anzahl runder und ovaler Flecken gefunden, welche von 10—20 mm im Durchmesser variierten; ähnliche Flecken fanden sich an den Lenden und in der Schamgegend. Die Flecke bestanden alle aus Gruppen kleiner, konischer, leicht schuppender Papeln von ca. $^1/_3$ mm Durchmesser, umgeben von einem roten Hof (s. Abbildung). Subjektive Symptome waren nicht vorhanden. Die

Diagnose: Lichen scrophulosorum stützte sich auf die Ausdehnung der Veränderungen, auf ihren gleichmäfsigen Charakter und das Erscheinen einer typischen Conjunctivitis phlyctaenularis. Vater und Mutter der Patientin sind am Leben und gesund, ebenso wie 7 Geschwister; Tuberkulose ist nicht in der Familie. Unter innerer Darreichung von Hypophosphites und Leberthran gingen die Haut- sowie Augenstörungen rasch zurück. Eine Anzahl Forscher halten die Affektion, besonders in ihren schwereren Graden, für eine tuberkulöse, wie auch die histologischen Befunde Ähnlichkeit mit jenen bei Tuberkulose zeigen, aber in den meisten Fällen wurden nach eifriger Untersuchung keine Bacillen gefunden und die Affektion konnte auf Tiere (Schweine) nicht überimpft werden. Der Fall von Gilchrist ist ein relativ milder und die Gegenwart von Bacillen wurde bei verschiedenen Untersuchungen (Schnitten u. s. w.) nicht erwiesen, klinisch bot er das typische Bild von Lichen scrophulosorum, wie es zuerst von Hebra beschrieben worden ist, mit Ausnahme der Farbe, welche natürlich auf einer Negerhaut eine andere ist. Die Papeln bestanden aus verschiedenen die Hornschicht betreffenden Veränderungen; eine Pustel war weder klinisch noch histologisch vorhanden, auch keine spezielle Hyperkeratosis. Dafs eine tuberkulöse Hauteruption, welche so rasch auf Lebertran verschwand, bei einem gutgenährten, gesunden Kind ohne tuberkulöse Anlage entstehen sollte, erscheint G. sehr auffallend und er würde eher den von Hebra aufgestellten Namen oder den Unnas (Folliculitis scrophulosum) wählen als follikulöse Tuberkulose. Andererseits würde letztere Bezeichnung korrekter sein, nachdem erfolgreiche Überimpfungen in wenigstens 3 Fällen gemacht worden sind. *Stern-München.*

Die Behandlung des Lupus nach der Methode von Prof. Finsen, von Petersen. (*Wratsch.* 1899. S. 1377.) Nachdem sich Verfasser zuerst bei Finsen selbst von dem Wert der Lichtbehandlung überzeugt hatte, begann er in diesem Herbst mit eigenen Versuchen an bisher zwei Kranken. Verfasser hält sich natürlich nicht berechtigt auf Grund dieser kurzdauernden Versuche ein Urteil über die Methode auszusprochen, glaubt aber doch sagen zu dürfen, dafs die Finsensche Methode, wie sie jetzt auch in Petersburg angewandt wird, einen wohlthätigen Einflufs auf den Lupus ausübt, ohne dafs irgendwelche unangenehme Nebenerscheinungen bei den Kranken auftreten. *Arth. Jordan-Moskau.*

Kasuistische Beiträge zur Röntgenuntersuchung aus dem Krankenhause Herisau und der eignen Praxis, von Christ-Schmidt. (*Fortschr. a. d. Gebiete der Röntgenstrahlen.* Band III. Heft 1.) In der längeren Arbeit bringt Verfasser auch einen Lupus des Gesichts, der seit vier Jahren bestehend, durch Röntgenstrahlen in 46 Sitzungen geheilt wurde; einmal trat auch eine heftige Dermatitis auf. Nach den beigegebenen Photographien ist das Resultat ein gutes, doch hält Verfasser selbst Recidive nicht für ausgeschlossen. *F. Hahn-Bremen.*

Die Behandlung des Lupus vulgaris und Lupus erythematodes mit dem Heifsluftstrom, von Eduard Deutsch. (*Klin.-therap. Wochenschr.* 1899. No. 29.) Mit dem Holländerschen Heifsluftstrom-Apparat, dem er einige Modifikationen beigefügt, hat Verfasser auf der Langeschen Abteilung Versuche gemacht. Verwendet wurde die sogenannte relative Verbrennung, welche zwischen den Verbrennungen zweiten und dritten Grades steht. Das anfangs weifs gewordene Gewebe erhält einen gelblichen Ton und einen trockenen Glanz. Nach Holländer soll hierbei die Brennung eine elektive Wirkung entfalten, was Verfasser nicht bestätigen kann. Zur Ausführung derselben ist meistens Narkose notwendig; nach der Applikation ist die Schmerzhaftigkeit gewöhnlich gering. Eventuell wirken kalte Umschläge mit $^1/_2$ ‰

Sublimatwasser oder Bleiwasser lindernd. Die Heilung erfolgt unter Lanolin und Vaselin ää; die Schorfe stofsen sich ab, die schön granulierende Fläche überzieht sich bald mit Epithel. Die Narben sind flach, glatt und wenig zur Schrumpfung geneigt. Gewählt werden nur Fälle, die einer radikalen Exstirpation mit dem Messer nicht mehr zugänglich waren. Da ist der Heifsluftstrom dem Paquelin und scharfen Löffel entschieden vorzuziehen, weil er alles erkrankte trifft und schönere Narben giebt. Die Recidive stellen sich bei diesem Verfahren anderen gegenüber eher besser als schlechter. — Die Resultate bei zwei Fällen von Lupus erythematodes sind nicht sehr verlockend, da sich in beiden Fällen nach 3 resp. 9 Monaten Recidive einstellten.

Jessner-Königsberg i. Pr.

c. *Syphilis.*

Beitrag zum Studium der Blutveränderungen bei der Syphilis, insbesondere in Bezug auf die Alkalescenz, die Isotonie und das spezifische Gewicht, von Sorrentino. (*Giorn. intern. delle scienze med.* 1899. No. 32 u. 33.) Nach den umfangreichen Untersuchungen des Verfassers bleibt die Zahl der roten Blutkörperchen, abgesehen von einigen physiologischen Schwankungen, unverändert im Verlaufe der initialen Infektion. Sobald die ersten Erscheinungen der konstitutionellen Syphilis auftreten (Syphiloderma, Adenopathien), bleibt die Zahl der roten Blutkörperchen entweder noch unverändert, oder es tritt eine mehr oder weniger starke Abnahme derselben ein. Die ziemlich grofsen Unterschiede in dieser Beziehung von einem Individuum zum anderen lassen sich weder mit der Varietät noch mit der Ausbreitung der Eruption in Beziehung bringen. In den vorgeschritteneren Perioden der Affektion nimmt sie gewöhnlich ab, doch schwankt diese absolute und relative Abnahme zwischen ziemlich weiten Grenzen, steht aber meist in direktem Verhältnisse zur Schwere des Falles und der physischen Konstitution des Patienten. In den späten Stadien endlich beobachtet man bald eine beträchtliche Abnahme, bald eine normale oder beinahe normale Anzahl der roten Blutkörperchen. Die weifsen Blutkörperchen haben meist an Zahl zugenommen, erreichen aber selten hohe Ziffern, aufser in Fällen von hochgradiger Anämie. Was ihre Form anbelangt, so konstatiert man meist eine Zunahme der kleinen und grofsen, während die einkernigen in normaler Zahl vorhanden sind. In den späteren Stadien sind hauptsächlich die polynukleären vermehrt. Markelemente sind ziemlich reichlich vertreten, ebenso sind die Blutplättchen vermehrt. Bezüglich der eosinophilen Zellen ist der Befund kein konstanter. Der Hämoglobingehalt ist geringer. Die Alkalescenz nimmt mit dem Auftreten der Sekundärerscheinungen ab und behält in den späteren Perioden einen niedrigen Prozentsatz bei. Die Widerstandskraft des Blutes ist bei der Lues durchwegs vermindert. Auf diese Abnahme der Isotonie des Blutes läfst sich die Verminderung des Hämoglobins zurückführen, das das Stroma der Blutkörperchen verläfst und sich im Plasma verbreitet, von wo es eliminiert wird. Das spezifische Gewicht weist endlich ebenfalls eine Abnahme auf.

C. Müller-Genf.

Materialien zur Pathologie der Syphilis, von T. Pawlow. (*Botkins Hospitalztg.* 1897. No. 42—46.) Autor untersuchte genau die Organe eines im gummösen Stadium verstorbenen Syphilitikers und konnte dabei bestätigen, dafs die Hauptveränderungen in interstitiellen Prozessen bestehen, die von den Gefäfsen ausgehen.

Um festzustellen, ob diese Veränderungen auch in anderen Stadien und bei Syphilitikern ohne jede Nebenerkrankung vorkommen, excidierte Pawlow mehreren Syphilitikern, die im zweiten Stadium standen, anscheinend normale Hautstückchen und untersuchte dieselben mikroskopisch. Auch hier konnte herdweise Anhäufung

von Rundzellen im Strat. papillare nachgewiesen werden. Die Endothelzellen der Intima waren im kondylomatösen Stadium gequollen, die Adventitia kleinzellig infiltriert, im gummösen Stadium die Adventitia verdickt, bindegewebig verändert. Bei Sektion eines zweiten Syphilitikers konnten ähnliche Befunde, wie im ersten Falle erhoben werden. Zur Kontrolle untersuchte P. drei an Tuberkulose Verstorbene und fand bei ihnen neben spezifisch tuberkulösen Affektionen ähnliche Veränderungen der Gefäfse in Form von Endo- und Periarteriitis verschiedenen Grades, wie oben. Autor hält daher diese nicht für charakteristisch für Lues, sondern nimmt an, dafs sie neben Tuberkulose, auch bei anderen chronischen Erkrankungen vorkommen können.

Grünberg-St. Petersburg.

Zur Histopathologie der Syphilis, von Maximilian Herzog. (*Chicago med. Recorder.* April 1899.) Aus Herzogs Studien und Beobachtungen ergiebt sich in kurzem folgendes: Was schon lange die klinischen Beobachtungen lehrten, ist, dafs Syphilis primär das Lymphsystem infiziert und durch die Lymphgefäfse sich weiter verbreitet. Die Infektion der Blutgefäfse geschieht durch die perivaskulären Lymphspalten. Die Venen sind weniger resistent und zeigen infolgedessen die am meisten ausgeprägten Veränderungen, während die Arterien, wenigstens in den Frühstadien, nicht in dem Mafse wie die Venen infiziert sind. Das spezifische (lebende) syphilitische Gift ist ursprünglich und wahrscheinlich für immer im Lymphsystem gelagert, von wo aus es die Blutgefäfse befällt und die Allgemeinerscheinungen verursacht. Nach solch einem allgemeinen Ausbruch wird entweder infolge oder unabhängig von antiluetischer Behandlung eine hämatogene Immunität erzeugt. Dieselbe dauert jedoch nur eine beschränkte Zeit, wenn eine Invasion der Blutgefäfse von lymphatischen Herden aus Platz greift. Ob schliefslich eine vollständige hämatogene und histogene Immunität mit oder ohne spezifische Behandlung sich einstellen kann, ist eine Frage, welche noch nicht entschieden ist. Die anatomischen Veränderungen bei Syphilis sind die eines Entzündungsprozesses, welcher zur Bildung eines Granuloms führt; letzteres kann, wie bei der Initialsklerose, eine diffuse Infiltration des Muttergewebes, in welchem es gelegen ist, darstellen oder einen mehr oder weniger freien Tumor, wie das Syphilom des Centralnervensystems. Weitere Einzelheiten sind im Original nachzusehen.

Stern-München.

Über die Heilbarkeit der Syphilis, von Tarnowski. (*Wratsch.* 1899. No. 22. — *Dtsch. Medizinalzg.* 1899. No. 65.) Die Syphilis ist in ihren sämtlichen Entwickelungsstadien heilbar. Die Krankheit kann lediglich auf die primären Erscheinungen beschränkt bleiben. Am häufigsten tritt Heilung nach Entwickelung des sekundären Syphilisstadiums ein. Schliefslich ist eine vollständige Heilung der Syphilis auch im tertiären, gummösen Stadium möglich.

Die gegenwärtige Quecksilber- und Jodbehandlung der Syphilis war zwar in den Fällen des Verfassers die Grundbedingung der Heilung, sie genügt aber bei weitem nicht sämtlichen Heilungsbedingungen und beeinträchtigt nicht die Bedeutung der letzteren.

Von den sonstigen Heilungsbedingungen sind die wichtigsten: kräftiger Körperbau, Fehlen erblicher Belastung und gute allgemeine Gesundheit.

Auf die Heilbarkeit der Syphilis hat unter gleichen sonstigen Verhältnissen den gröfsten Einfluss der Grad der Widerstandsfähigkeit des Organismus dem syphilitischen Gifte gegenüber. Das Wesen dieser Widerstandsfähigkeit ist aber noch nicht aufgeklärt.

Behufs erfolgreicher Erforschung der bezeichneten Widerstandsfähigkeit, sowie behufs weiterer Ergründung der übrigen Heilungsbedingungen der Syphilis sind

langjährige, genaue, vor allem durchaus zuverlässige Massenbeobachtungen erforderlich; die Zusammenstellung seltener und exklusiver Fälle verleitet leicht zu falschen Schlüssen.

Die Gefahr, welche dem infizierten Organismus von Seiten der Syphilis droht, besteht nicht in den Krankheitserscheinungen selbst, sondern in den parasyphilitischen Affektionen. Auch kommt es natürlich viel darauf an, welche Teile von der Krankheit ergriffen sind.

Die Dauer der sogenannten latenten Syphilis hängt weniger von dem Charakter der Erkrankung selbst ab, als von dem Grade unserer Kenntnisse und unserer Aufmerksamkeit bei der Beobachtung der Kranken. *I. Bloch-Berlin.*

Die Immunität Tuberkulöser und Syphilitischer gegen Typhus abdominalis, von N. Zatarew. (*Medicine* 1897, No. 38—43.) Verfasser beobachtete einige Fälle von Typhus abdominalis bei Tuberkulösen und Luetikern, wobei er die Schwierigkeit der Diagnose beim beginnenden Typhus beleuchtet bei Abwesenheit von akuten Erscheinungen der Tuberkulose resp. der Lues. Besondere Aufmerksamkeit schenkt Autor der Kombination von Typhus mit Miliartuberkulose, die schwer festzustellen ist, wenn die Widalsche Reaktion im Stich läfst und aus irgendwelchen Gründen keine bakteriologische Untersuchung vorgenommen werden kann. Genaue Beobachtung des weiteren Verlaufs ist zur Sicherstellung der Diagnose unbedingt zu empfehlen.

Grünberg-St. Petersburg.

Einige Bemerkungen über Syphilis, von Thomas. (*Intern. med. Magaz.* Sept. 1899.) Verfasser bespricht das Didaysche, Profetasche und Collessche Gesetz und betont die beschränkte Zeitdauer der Ansteckungsfähigkeit der Syphilis.

F. Hahn-Bremen.

Über Phagedänismus bei tertiären Syphiliden und deren Behandlung, von Prof. Fournier-Paris. (*Indépendance méd.* 1899. No. 41.) Die tertiären Syphilide können durch vier accessorische Prozesse kombiniert werden, durch Entzündung, Erysipel, Gangrän uud Phagedänismus. Die Gangrän der Syphilide charakterisiert sich besonders dadurch, dafs sie der Exulceration vorausgeht und sich dann die ganze brandige Gewebspartie in toto abstöfst. Der phagedänische Prozefs pflegt unter zwei Formen aufzutreten, einer oberflächlichen und einer sowohl nach der Breite als nach der Tiefe zu fortschreitenden Form. Erstere findet sich im Anschlufs an tuberkulöse Syphilide, indem immer weitere Hautpartien tuberkulös infiltriert werden. Die Ausbreitung geschieht entweder in einer Richtung, centrifugal nach allen Seiten, circinär oder in Form von Ausbuchtungen. Die ältesten Stellen des phagedänischen Geschwürs vernarben inzwischen, während dasselbe am anderen Ende florid fortwuchert. Der Verlauf ist chronisch und unregelmäfsig, bald schnell, bald langsam. Fournier sah solche Geschwüre mit 14jähriger Dauer. Schlechter für Prognose und Therapie ist die perforzierende Form des „Phagé'dénisme térebrant". Sein Lieblingssitz ist das Gesicht. Häufig führt diese Affektion zur Fehldiagnose Lupus — die Folge ist, dafs mangels der nötigen Therapie das Leiden weiter fortschreitet. Diese Form des phagedänischen Geschwürs geht durch die Haut in die Tiefe und zerstört die Gewebe bis zu den Aponeurosen, zuweilen auch diese noch mit Einschlufs des Muskels und Knochens. Das Allgemeinbefinden ist dabei meist ein gutes, doch beobachtet man auch schwere nervöse Alterationen und letalen Ausgang. Die Folge des erwähnten Prozesses sind Entstellungen und Verstümmelungen. Was den therapeutischen Gesichtspunkt anbelangt, so gelten folgende Regeln. Für trockene tertiäre Syphilide ist die merkurielle, für gummöse Syphilide die Jodmedikation angebracht. Oft ist eine Kombination beider von Vorteil. Dabei mufs für trockene und gummöse syphilitische Prozesse das Merkur, für ulceröse das Jod prävalieren. Die Dosen seien stets grofse.

Bei bedrohlichem Ergriffensein wichtiger Körperteile empfiehlt Fournier Injektionen von 0,05, 0,08—01 g Kalomel im Anfang. Oft rettet eine einzige solche Einspritzung ein bedrohtes Glied, z. B. die Nase. Alle Geschwürsschorfe bei ulcerösen Syphiliden entferne man durch Umschläge oder Bäder. Dann lege man Streifen von Merkurpflaster dachziegelförmig auf die Wunden und binde sie fest nieder. Dies beseitigt den Schmerz, verhindert jede Komplikation, vermindert die Eiterung und begünstigt die Vernarbung. Zum Schlufs, gegen die Heilung pudere man mit Jodoform oder Bismuth. subnitric. Sind die Beine Sitz der phagedänischen Ulcerationen, so ist Ruhe angezeigt. Bäder sind ein vorzügliches Mittel, um die Reinigung der Wunden zu unterstützen. Lokale Bäder können bei schwerer Phagedänie 2—3stündlich vorgenommen werden. *Hopf-Dresden.*

Einige Phasen der Syphilis, von Patterson. (*The Scottish med. and surg. Journ.* Aug. 1899.) In angenehmem Plauderton teilt uns Verfasser aus dem reichen Schatze seiner Erfahrungen über Syphilis in langjähriger Praxis allerlei interessante Fälle mit. Sie im einzelnen zu lesen, ist recht interessant und wird gelegentlich jedem Praktiker von Nutzen sein. *F. Hahn-Bremen.*

Syphilis, ihre sekundären und tertiären Formen, von J. D. Thomas. (*Intern. Med. Magaz.* 1899. No. 8.) Verfasser giebt folgende Übersicht über die sekundären Syphilide:

- Erythematöse
  - Makulöse
  - Makulo-papulöse
- Papulöse
  - Lentikuläre
  - Papulo-squamöse
  - Feucht-papulöse
  - Miliare
- Pustulöse
  - Acneiforme
  - Varioliforme
  - Impetiginöse
  - Ekthymatöse
  - Rupiaartige
- Tuberkulare
  - Tuberkulare
  - Gumma-Ähnliche
- Bullöse.

J. Bloch-Berlin.

Ein Fall von Syphilis insontium, von Schmolck. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1899. No. 46.) Verfasser berichtet über die Erkrankung eines Studenten; dieser hatte infolge eines Mückenstiches einen „Pickel" am Kinn, in den er vom Raseur geschnitten wurde, der Pickel heilte nicht recht, die Stelle blieb dunkelblaurot, die regionären Drüsen schwollen an und schliefslich bestätigte die auftretende Roseola die Diagnose Syphilis. Zur Vermeidung derartiger trauriger Vorkommnisse empfiehlt Verfasser, dafs die Barbiere ihre Messer und Pinsel in kochendem Wasser desinfizieren sollen, dafs jeder Kunde ein reines Tuch oder Papierserviette bekommt, und dafs Manipulationen, wie Pudern, Einfetten des Schnurrbarts etc. verboten werden.
F. Hahn-Bremen.

Mitteilung über einen Fall von Syphilis ohne Primärgeschwür, von C. F. Marshall. (*Lancet.* 20. Mai 1899.) Der Patient, ein 25jähriger Mann, zeigte bei der Aufnahme eine Roseola auf der Brust, dem Abdomen und den Weichen, späterhin ein typisches, polymorphes Sekundärsyphilid mit Injektion des Rachens und muköse Plaques am Präputium. Zwei Monate vorher hatte er Blennorrhoe acquiriert und war deswegen ständig in ärztlicher Behandlung gewesen. Ein Primärgeschwür wurde niemals konstatiert. Stassans hält eine Kontinuitätstrennung nicht für unbedingt erforderlich, und auch Hutchinson erklärt, dafs er „nicht wenige Fälle von konstitutioneller Syphilis gesehen hat, bei denen trotz sorgfältiger Beobachtung ein Schanker niemals zu konstatieren war." *Philippi-Itzehoe.*

Dr. Unnas Dermatologische Preisaufgabe für 1900 lautet:

Es soll untersucht werden:

„Die feinere Architektur der primären Hautcarcinome und insbesondere die bei ihnen obwaltenden verschiedenen Beziehungen zwischen Epithelwucherung und Bindegewebswiderstand.“

Die Bewerbung ist unbeschränkt. Der Preis beträgt M. 300.—. Die Arbeit ist bis Anfang Dezember 1900 bei der Verlagsbuchhandlung Leopold Voss in Hamburg, Hohe Bleichen 34, einzureichen. Sie ist mit einem Kennwort (Motto) zu versehen; das gleiche Kennwort ist auf der Hülle eines beizulegenden Briefes, welcher Namen und Adresse des Verfassers enthält, anzubringen.

Die Herren Proff. Hauser (Erlangen), Nauwerck (Chemnitz) und Orth (Göttingen) haben es gütigst übernommen, die einlaufenden Arbeiten zu prüfen.

Nähere Mitteilungen über das Thema:

In den letzten Jahren sind mehrfache Untersuchungen veröffentlicht worden über die gegenseitige Abhängigkeit der beim carcinomatösen Prozefs in Wucherung geratenden Gewebselemente, ohne dafs dabei der Vielseitigkeit der Carcinomtypen gebührend Rechnung getragen wurde. Die Beantwortung der diesjährigen Preisaufgabe ist bestimmt, diese Lücke auszufüllen. Das Studium der unter einander so äufserst verschiedenen Hautcarcinome erscheint am geeignetsten, um bald ein gröfseres Material von leicht übersehbaren und einfach zu deutenden histologischen Thatsachen zusammen zu tragen über die Frage, unter welchen verschiedenen Formen der carcinomatöse Prozefs auf ein und denselben Gewebsboden zu wirken vermag. Ein solches Material wird dann erst die Grundlage zu einer gerechten Würdigung der beim Carcinom in Betracht kommenden treibenden Kräfte abgeben können. Der Erkennung der Gewebsmechanik mufs beim Carcinom, wie überall, die genaueste Kenntnis der Gewebsarchitektur vorausgehen.

Es wird aus diesem Grunde bei der Lösung obiger Aufgabe hauptsächlich darauf Wert gelegt, dafs ein möglichst verschiedenartiges Material von Hautcarcinomen einer mit den besten Färbemethoden ausgeführten sehr genauen Untersuchung unterzogen wird.

Ob sich der Verfasser dabei der von Unna in seiner *Histopathologie* gegebenen Einteilung der Hautcarcinome anschliefst oder nicht, ist weniger von Bedeutung, als dafs er selbst zu einer rationellen Einteilung seines Materials nach histologischen Prinzipien gelangt.

Selbstverständlich müssen zur exakten Darstellung der Epithelbindegewebsgrenze die besten Färbemethoden für Kollagen und Elastin, beim Studium der Epithelien und Bindegewebszellen diejenigen für Protoplasma herangezogen werden, da die gebräuchlichen Kernfärbungsmethoden wohl gute Übersichtsbilder liefern, aber in allen feineren histologischen Fragen im Stiche lassen.

Beim Epithel ist ein Punkt von gröfster Wichtigkeit die scharfe Unterscheidung von wahrhaft alveolärem und blofs retikulärem Epithelwachstum, welche ihrerseits das Studium der Epithelfaserung und Mitosen verlangt. In Bezug auf letztere ist das Augenmerk speziell auf ihre Verteilung zu richten, zu deren Untersuchung schon Alkoholmaterial, selbst älteres, dienen kann. Frisches Gewebe erlaubt partielle Fixierung in Flemmings Lösung, deren Einwirkung aber bekanntlich ein tinktorielles Studium des Protoplasmas ausschliefst. Endlich ist auch eine Untersuchung der hyalinen Epitheldegeneration und ihrer Beziehung zur Bildung von Hornperlen erwünscht.

In der Cutis verdient besondere Aufmerksamkeit das Vorhandensein von Plasmazellen und ihr Verhältnis zu den übrigen Bindegewebszellen, da in manchen Arbeiten der letzten Jahre das ausgedehnte Vorkommen dieser Zellen besonders im gutartigen Stadium der Carcinome ganz übersehen wurde. In zweiter Linie ist auf die mittelst der neueren Färbemethoden zu erforschenden Degenerationen des Kollagens und Elastins zu achten.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XXX. No. 5. 1. März 1900.

Ein Fall von hochgradiger Idiosynkrasie gegen Injektionen mit Hydrarg. salicyl., nebst einem Beitrage zur sogenannten Paraffinembolie der Lungen.

Von

Dr. Stark-Posen,
früher in Thorn.

Zur Zeit, wo die Injektionen unlöslicher Quecksilberpräparate in der Behandlung der Syphilis immer gröfsere Verbreitung finden, dürfte es nicht unzweckmäfsig sein, über einen Fall von hochgradiger Idiosynkrasie gegen das Hydrarg. salicyl. zu berichten. Der betreffende Patient konsultierte mich in der Absicht, bei mir eine Injektionskur durchzumachen. Er hätte sich vor einem halben Jahre mit einem harten Schanker infiziert, dem sich bald ein fleckiger Ausschlag auf Brust, Rücken und Armen anschlofs. Die hierauf eingeleitete Schmierkur konnte infolge der abnorm stark behaarten Haut des Patienten nicht durchgeführt werden und wurde deswegen durch die Injektionskur ersetzt. Die Kur bestand aus acht Injektionen, die einmal wöchentlich vorgenommen wurden. Was für ein Präparat eingespritzt wurde, konnte Patient nicht angeben.

Ich injizierte dem Patienten intramuskulär eine halbe Pravazsche Spritze der bekannten Suspension:

Hydrarg. salicyl.	1,0
Paraffin. liqu. puriss.	ad 10,0

mit der Weisung am fünften Tage wiederum vorzukommen. Doch erst am zehnten Tage erschien Patient mit der Entschuldigung, dafs er nicht eher kommen konnte, weil er an verdorbenem Magen fünf Tage lang bettlägerig krank war. Auf meine diesbezüglichen Fragen erzählte er mir etwa folgendes: „An demselben Tage, an dem ich die Einspritzung erhielt, kehrte ich einige Stunden später in einem hiesigen Restaurant ein, und liefs mir eine Hummermajonnaise geben. Dieselbe schien mir nicht ganz frisch zu sein und ich verspürte auch kurz nach dem Essen Unwohlsein. Letzteres steigerte sich bald derart, dafs ich auf meiner Heimreise

im Coupee starkes Erbrechen bekam, welches während der folgenden fünf Tage mit Unterbrechungen anhielt und besonders heftig auftrat, sowie ich feste Nahrung zu mir nahm. Ich konnte deswegen nur Flüssigkeiten genieſsen. Am zweiten Tage traten auf Brust, Rücken, Armen und Oberschenkeln rote Flecke auf, die zu schwellen anfingen und sich stellenweise zu Blasen ausbildeten. Vom sechsten Tage an gingen sämtliche Erscheinungen ziemlich rasch zurück.“ Zur Bestätigung seiner Angaben zeigte mir Patient zwei Stellen am Oberarm und Brust, an denen noch Spuren früher bestandener Blasen deutlich zu sehen waren.

Es lag in diesem Falle nahe, anzunehmen, daſs die verdorbene Hummermajonnaise die Intoxikation zur Folge hatte, doch andererseits war es nicht von der Hand zu weisen, daſs eventuell die Injektion der schuldige Teil war. Wir haben mit dem Patienten, einem sehr intelligenten Menschen, diese beiden Möglichkeiten besprochen und sind dahin übereingekommen, noch eine Injektion vorzunehmen, um in diese Angelegenheit Klarheit zu bringen. Der Patient erhielt wiederum eine halbe Pravazsche Spritze Hydrarg. salicyl. und es traten genau dieselben Erscheinungen ein, nur mit dem Unterschiede, daſs sie diesmal einen Tag länger anhielten. Um dem eventuellen Einwande, daſs gerade nur in diesem Falle das Präparat den Anforderungen nicht entsprach, aus dem Wege zu gehen, habe ich mir dasselbe für die zweite Injektion in einer anderen Apotheke gewissenhaft bereiten lassen. Somit war jeder Zweifel behoben, daſs wirklich die Injektion des Hydrarg. salicyl. die Ursache der Intoxikation war.

Es wäre ja nicht das erste Mal, daſs nach subcutanen oder intramuskulären Einspritzungen mit Quecksilberpräparaten ähnliche Nebenerscheinungen eintraten, doch erinnert man sich dessen, daſs Patient vor einem halben Jahre bereits eine Injektionskur durchgemacht hat, so wirft sich von selbst die Frage auf, wie ist dieser Fall zu deuten? Handelt es sich hierbei um eine der bekannten Quecksilberintoxikationen, oder ist hier eine andere Erklärung am Platze?

Auf Grund obiger Überlegung beschloſs ich, bei dem Patienten noch mit einer Kalomelinjektion zu versuchen, und es gelang mir auch ihn hierzu zu bewegen. Ich injizierte ihm eine Pravazsche Spritze von

Calomel. vapor. par.	1,0
Olei olivar. optim.	9,0

und siehe da, die Einspritzung wurde sehr gut vertragen, denn auſser den bekannten, der Einspritzung nachfolgenden Schmerzen zeigten sich keine Nebenerscheinungen.

Ich glaube nicht fehlzugehen, wenn ich hieraus den Schluſs ziehe, daſs in diesem Falle nicht das Hydrargyrum sondern das Salicyl die

Intoxikation verursachte. Diesen Verdacht äufserte bereits EPSTEIN (1) auf dem ersten Kongrefs der Deutschen dermatologischen Gesellschaft bei der Besprechung von Exanthemen, die nach Injektionen von Hydrarg. salicyl. auftraten, doch hielt es nicht für wahrscheinlich „da von der Salicylsäure bei der Applikation von Hydrarg. salicyl.-Injektionen doch nur ganz geringe Mengen in den Körper eingeführt werden." Diesen Einwand halte ich nicht für stichhaltig, denn wir sehen ja so oft bei den sogenannten medikamentösen Dermatosen, dafs, falls eine Idiosynkrasie vorliegt, selbst die kleinsten Mengen des betreffenden Medikamentes genügen, um eine Intoxikation zu verursachen. Wir brauchen ja nur an das Jodoform zu denken, wo selbst ein Stäubchen dieses Mittels gegebenen Falls genügt, um ein Exanthem herbeizuführen.

Solche Nebenwirkungen sind bei jeder Medikamentation unliebsam, um so mehr aber bei den Injektionen, wo das Mittel, einmal eingespritzt, nicht mehr aus dem Organismus vollkommen ausgeschaltet werden kann. Doch solche unangenehmen Zufälle würden noch leichten Herzens in den Kauf zu nehmen sein gegenüber der sogenannten Paraffinembolie der Lungen. Es giebt kaum etwas, das einen so deprimierenden Eindruck auf den Arzt und Patienten machte als besagtes Vorkommnis.

Ich habe in meiner Praxis unter 250 intramuskulären Injektionen mit unlöslichen Quecksilberpräparaten zwei Lungenembolien gehabt. In dem einen Falle stellten sich die ersten Symptome, Husten, Stiche, Atemnot, Angstgefühl ein, als Patient bereits zu Hause angelangt war, also ungefähr 15 Minuten nach der Injektion. Der Patient legte sich sofort ins Bett, da er bald nachher zu fiebern anfing. Dieser Zustand hielt zwei Tage an; nach fünf Tagen trat vollkommene Heilung ein. Ich bekam den Patienten erst acht Tage nach der Injektion zu Gesicht, und auf meine Frage, warum er so angegriffen aussehe, erzählte er mir obigen Verlauf seiner Erkrankung. Nach der Ansicht seines Hausarztes hätte er sich infolge starker Erkältung eine leichte Lungenentzündung zugezogen. Die von mir angestellte objektive Untersuchung der Lungen ergab absolutes Fehlen irgend welcher Symptome.

In dem zweiten Falle trat fast gleichzeitig mit der Einspritzung, als ich noch nicht Zeit hatte die Kanüle herauszuziehen, heftiger Husten ein. Aufserdem klagte der Patient über heftige Stiche beim Atmen und Druckgefühl über dem Sternum; hierzu gesellten sich bald ziemlich starker Schweifsausbruch und Angstgefühl. Ich liefs den Patienten sich sofort aufs Sopha hinlegen und machte ihm Umschläge mit heifsgemachten Tellern. Nach ca. $^3/_4$ Stunden besserte sich der Zustand wesentlich; der Husten hörte auf und die Atmung war freier, sodafs ich den Patienten entlassen durfte, mit der Weisung, bis zur vollkommenen Heilung im Bette zu bleiben. Bereits nach drei Tagen stand Patient auf und ging

seiner Beschäftigung nach, ohne durch irgend welche Erscheinungen gestört zu werden.

Beide Embolien fallen unter die ersten 130 Einspritzungen, bei denen ich die Kanüle senkrecht in die Nates eingestofsen und das Medikament ohne weiteres eingespritzt habe. Von dieser Zeit an verfuhr ich nach der von LESSER vorgeschlagenen Methode, indem ich nach dem Hineinstofsen der Nadel die Spritze abnahm um zu sehen, ob aus der Kanüle Blut herausquillt, beziehungsweise, ob der Kanüleninhalt sich vorbauscht, und erst dann, wenn dies nicht der Fall war, durch ganz langsames Vorschieben des Stempels, um die Zerreifsung des Muskelgewebes möglichst einzuschränken, die Injektion ausführte.

Seitdem ich nach obiger Methode injiziere, habe ich unter den folgenden 120 Einspritzungen keine Lungenembolie gehabt, sodafs ich diese Art der Injektion warm empfehlen kann. Dafs diese Methode absolut sicher sei, das wird wohl kaum jemand behaupten können, und wir wollen hoffen, dafs es der weiteren Forschung gelingen wird, die Technik möglichst ideal zu gestalten, denn die Wirkung der Injektionen mit unlöslichen Quecksilberpräparaten ist so vorzüglich, dafs selbst so peinliche Zufälle wie die Lungenembolien nicht im stande sind, die Methode aus der Therapie der Syphilis zu verbannen.

Man findet in der Litteratur Angaben über die für die Injektionstherapie gebräuchlicheren Prädilektionsstellen, je nachdem das zu injizierende Gebiet einen gröfseren oder kleineren Gefäfsreichtum zeigte. In seiner Arbeit über die Injektionstechnik bei der Therapie der Syphilis rät MÖLLER (2) die Injektionen in die obere Glutealgegend zu machen „oberhalb der Horizontallinie, welche die obere Spitze des Trochanter major tangiert." Ich habe bei den Einspritzungen diese Lokalisation bevorzugt, doch leider trat eine der oben beschriebenen Lungenembolien gerade nach einer Injektion an bewufster Stelle ein. Ferner ist es mir neuerdings passiert, dafs nach dem Einstechen der Nadel an besagter Stelle und Abnahme der Spritze, sich ziemlich reichlich Blut aus der Kanüle ergofs. Es ist doch fast mit Sicherheit anzunehmen, dafs wenn ich die Injektion dort gemacht hätte, es sehr leicht zu einer Lungenembolie gekommen wäre. Infolge dessen kann ich, ebenso wie KLOTZ (3), die Angaben MÖLLERS nach dieser Richtung hin nicht bestätigen. Ich habe im Gegenteil beobachten können, dafs die centrale Partie einer jeden Gesäfshälfte die günstigste Lokalisation für die Injektionen bietet.

Will man die Zahl der von mir beobachteten Lungenembolien im Verhältnis zu der Zahl der Injektionen prozentuarisch berechnen, so ergeben sich $^4/_5$% d. h. eine Embolie kommt auf 125 Einspritzungen. Diese Zahl würde ungefähr den Resultaten KLOTZS (4) entsprechen, der auf

134 Injektionen eine Embolie verzeichnet, dagegen ist sie von den Erfolgen Möllers (5) mit seinen 8,9% weit entfernt.

Was die übrigen Nebenerscheinungen bei der Injektionstherapie, wie Entzündungen an der Einstichstelle, Infiltrate, Abscesse etc. anbelangt, so bin ich bis jetzt in einer sehr glücklichen Lage gewesen, denn ich habe bei meinen intramuskulären Injektionon unlöslicher Quecksilberpräparate keine wesentliche Knotenbildung beobachtet, trotzdem ich sorgfältig danach suchte. Nur in einem Falle, wo es sich um eine Dame mit sehr stark entwickeltem Panniculus adiposus handelte, liefs eine jede Einspritzung einen wallnufsgrofsen Knoten zurück. Ich habe die Dame sechs Monate nach beendeter Kur untersucht und konnte feststellen, dafs die Knoten sämtlich verschwunden waren. Aus diesem Grunde kann ich mich der Ansicht Wolters (6) nicht anschliefsen, dafs zahlreiche Injektionen noch auf Jahre hinaus fühlbare Infiltrate bedingten.

Zum Schlusse möchte ich erwähnen, dafs ich den Fall von Idiosynkrasie gegen Hydrarg. salicyl. nicht etwa deswegen beschrieb, um vor der Anwendung dieses Mittels zu warnen, denn ich wende das Hydrarg. salicyl. auch weiterhin fast ausschliefslich in meiner Praxis an und zwar aus dem einfachen Grunde, weil dasselbe neben seiner vorzüglichen Wirkung sehr gut vertragen wird.

Litteratur.

1. Epstein, Diskussion über Quecksilberpräparate. Verhandlungen der Deutschen dermatologischen Gesellschaft. Erster Kongrefs 1889. S. 339.
2. Möller, Zur Frage von der Injektionstechnik bei der Behandlung von Syphilis. *Arch. f. Derm. u. Syph.* Bd. 39, S. 402.
3. Klotz, Unangenehme Nebenwirkungen bei der Quecksilberbehandlung. *Arch. f. Derm. u. Syph.* Bd. 43, S. 415.
4. — Ebendaselbst S. 411.
5. Möller, Über Lungenembolien bei Injektion von unlöslichen Quecksilberpräparaten. *Arch. f. Derm. u. Syph.* Bd. 37, S. 400.
6. Wolters, Über lokale Veränderungen nach intramuskulärer Injektion. *Arch. f. Derm. u. Syph.* Bd. 39, S. 164.

Idiosynkrasie gegen Anwendung von Hydrargyrum-Präparaten.

Von

Dr. Bernhard Schulze,
Arzt für Hautkrankheiten in Kiel.

Die Frage der theoretischen Erklärung der Abneigung gegen gewisse Arzneimittel oder gegen bestimmte Speisen ist noch in keiner Weise geklärt. Am bekanntesten ist die individuelle Abneigung (Idiosynkrasie) vieler Menschen gegen Hummer, Krebse, Erdbeeren u. s. w., deren Genufs sofort eine lebhafte Urticaria hervorruft und ihnen daher die Anwendung dieser Speisen unmöglich macht. Ich selbst habe z. B. nach dem Gebrauch von Weinsuppe mehrere Male einen heftigen Anfall von Urticaria durchgemacht, und mich seither dieses Gerichtes enthalten. Ebenso rufen eine Anzahl von Arzneimitteln, die den meisten Menschen absolut keine Beschwerden verursachen, bei einigen dazu disponierten Individuen heftige Arzneiexantheme oder sonstige Störungen des Allgemeinbefindens hervor, ich erinnere nur an Opium, Morphium, Antipyrin und andere mehr, worüber zahlreiche Veröffentlichungen erschienen sind. Eine Erklärung für diese Erscheinungen der Idiosynkrasie, welche beweisend wäre, fehlt zur Zeit völlig. Auch das Hydrargyrum ist ein solches Mittel, welches nicht für jeden in gleicher Weise anwendbar ist, trotzdem seine Wirkung in Bezug auf die Therapie der Lues als segensreich allseitig anerkannt wird.

Durch die Liebenswürdigkeit des Herrn Dr. Oetken in Kiel wurde mir ein Patient zugeführt, welcher eine ausgesprochene Abneigung gegen Quecksilberpräparate bewies, und über dessen Krankheit ich hier kurz berichten will.

Im Anfang Januar 1896 kam Patient mit einem typischen Primäraffekt zu Herrn Dr. Oetken, weitere Erscheinungen fehlten, es wurde ihm Kalomel zum Aufstreuen verordnet, welches ein starkes Arzneiexanthem hervorrief, das nach Aussetzen des Kalomels in kurzer Zeit schwand. Nachdem sich im Laufe der nächsten Wochen alle Drüsen indolent geschwollen zeigten, trat anfangs Februar 1896 ein makulopapulöses Exanthem über dem ganzen Körper auf. Patient versuchte nun dagegen Inunktionen und zwar vorsichtigerweise von nur 1 g täglich anzuwenden, mufste davon aber schon nach zwei Tagen abstehen, weil sich wiederum ein starkes Hydrargyrumexanthem zeigte. Herr Dr. Oetken überwies mir nunmehr den Kranken, und ich konstatierte am 19. Februar ein im Abblassen begriffenes makulo-papulöses Exanthem, allseitige indolente Drüsen, Angina specifica. (Das Arzneiexanthem war inzwischen

geschwunden.) Auch ich versuchte eine Einreibung von 1 g Ung. hyd., aber schon am nächsten Tage kam Patient mit einer neuen Eruption zu mir, sodafs ich davon abstand. Nach 14 Tagen machte ich nun dem Patienten eine Injektion von 0,01 Sublimat in den linken Glutaeus. Der Patient empfand keinen Schmerz, doch nach etwa 10 Minuten bekam er eine Ohnmacht, aus der er sich bald erholte, er schilderte seinen Zustand als das Gefühl grofser Schwäche. Die Temperatur war 36,8, Puls 42. Patient kam am nächsten Tage wieder und erzählte mir, er habe sich noch bis zum Abend schlecht gefühlt, nun sei er wieder völlig mobil und bäte mich, ihm wieder eine Injektion zu machen, er würde sich schon daran gewöhnen. Wiederum injizierte ich ihm, dieses Mal rechts, 0,01 Sublimat. Es trat dieselbe Erscheinung ein. Temperatur 36,4, Puls 40. Nachdem sich Patient soweit erholt hatte, entliefs ich ihn und ersuchte ihn, unterwegs zu Herrn Dr. OETKEN zu gehen, um sich dort besichtigen zu lassen. Letzterer konstatierte nun — also etwa eine Stunde später — Temperatur 39,2, Puls 96. Am dritten Tage kam Patient mit einem Arzneiexanthem wieder zu mir und bat mich, die Kur fortzusetzen, da er sich aus diesen Anfällen nicht viel mache. Ich unterliefs es aber und wartete einige Tage, bis der Normalzustand wieder erreicht war, und gab ihm nun eine Pille Hydrarg. tannic. 0,1 innerlich. Wieder erschien am nächsten Tage das Exanthem, während die Lueserscheinungen im Abnehmen waren. Auf Rat von Herrn Prof. FINGER in Wien versuchte ich nun, die innerliche Behandlung mit Hydrarg. tannic. in anfangs ganz kleinen Dosen und langsamer Steigerung. Ich begann mit 0,01 pro Pille und stieg so bis 0,1 dreimal täglich. Der Erfolg war überraschend, der Patient vertrug die Kur tadellos, auch bei 0,3 g täglich zeigte sich kein Hydrargyrumexanthem wieder, die Erscheinungen der Lues waren sämtlich sehr schnell geschwunden. Nach 12 g Hydrarg. tannic. entliefs ich den Patienten symptomfrei, welcher dann noch längere Zeit Jodkalium nahm. Auch im Oktober 1896 nahm Patient wieder Pillen, dieses Mal begann er direkt mit 0,1 g täglich und stieg sofort auf 0,3 g, ohne dafs er Beschwerden erhielt. Am 11. März 1897 zeigte sich ein kleines Recidiv in Gestalt von zwei kleinen Papeln an der Zungenspitze und Lippe, welche unter Hydrarg. tannic. und lokaler Ätzung sehr schnell schwanden. Auch dieses Mal blieb Patient von Belästigungen verschont. Seither hat sich nie wieder ein Luessymptom gezeigt, ich habe den Patienten jährlich mehrere Male gesehen. Zu seiner Beruhigung nahm er im April 1899 noch einmal 10 g Hydrarg. tannic., dieses Mal sofort mit 0,3 g pro die beginnend. Auch jetzt ist Patient symptomfrei. Er scheint sich im Laufe der Zeit an die interne Darreichung normaler Quecksilberdosen gewöhnt zu haben, andere Applikationsarten habe ich nicht wieder versucht, da ich auch so leicht zum Ziele kam.

Der Fall lehrt, dafs man unter Umständen die Idiosynkrasie durch geeignete Anwendung der scheinbar schädlichen Mittel bekämpfen und in dieser Richtung immerhin einen Versuch wagen kann, selbst wenn man zuerst keinen Erfolg hat. Auch stützt dieser Fall die Theorie, dafs ein luetisches Individuum, welches eine scheinbare Idiosynkrasie gegen Quecksilber hat, sehr schnell unter der Anwendung dieses Mittels seine Symtome jedes Mal schwinden sieht, eine Beobachtung, welche auch andere Forscher, wie z. B. Finger, schon gemacht haben. Demnach scheint sich der Organismus allmählich an das Mittel trotz ursprünglicher Abneigung zu gewöhnen, und die anfängliche scheinbare Schädlichkeit gereicht so zum Schlusse dem normal gewordenen Körper zum Nutzen. Jedenfalls währe es lohnend, ähnliche Beobachtungen zusammenzustellen, um durch reichliches Material so vielleicht der Erklärung der Idiosynkrasie gegen Quecksilber näher treten zu können und zu betrachten, ob sich auch bei Parallelfällen ein langsames Gewöhnen an das Mittel, vielleicht auch in anderer Applikationsweise erzielen läfst.

Aus der Praxis.

Ichthyolkollodium gegen Gefäfsmäler der Säuglinge.

Von

P. G. Unna.

Die Gefäfsmäler der Säuglinge zerfallen bekanntlich in zwei absolut verschiedene Kategorien, die mehr oder weniger rasch sich vergröfsernden, aus arteriellen, knäuelartig verflochtenen Kapillaren aufgebauten, glomeruliformen Angiome und die ganz inaktiven, rein venösen Gefäfsmäler, auch Feuermäler genannt. Kombinationen derselben kommen vor, aber nur selten; ihre Trennung ist auch klinisch ebenso scharf wie histologisch. Jene sind dunkle, violette oder blaue scharf umschriebene, kompressible Geschwülste, diese helle, weinrote, nicht erhabene, unregelmäfsig konturierte Flecke. So wenig die blaue Farbe dort für einen venösen, so wenig spricht die hellrote Farbe hier für arteriellen Charakter; thatsächlich ist es gerade umgekehrt, wie eben schon angegeben. Die blaue Farbe rührt von der tiefen Lagerung des glomeruliformen Angioms unter der Cutis her, die hellrote Farbe der Feuermäler entspricht der oberflächlichen Lage der Gefäfserweiterungen innerhalb der Cutis selbst. Wo über dem glomeruliformen Angiome Gefäfserweiterungen in der Cutis vorkommen, ziehen hellrote Verästelungen über diese hinweg.

Die verschiedene Natur der Gefäfsmäler spiegelt sich in der Verschiedenheit der anzuwendenden Therapie wieder. Die Angiome im eigentlichen Wortsinne erfordern die Zerstörung durch Granulations- und Narbenbildung, die am zweckmäfsigsten auf unblutigem Wege durch multiple Stichelung mit dem schwach rotglühenden Spitzbrenner geschieht. Aber auch die einfache, langdauernde Kompression führt in vielen Fällen zum Ziele, insbesondere wo das Wachstum ein langsames, wo die Geschwulst über Knochen lokalisiert ist, wie beispielsweise am Schädel und wo sie schon spontanerweise Zeichen interstitieller Fibrom- und Narbenbildung in Form einer leichten, centralen, weifslichen Delle zeigt. Die Kompression wird am besten bewirkt durch einfache Aufpinselung von Ichthyolkollodium.

Ichthyol 1
Collodii 9.
M. Pinsel im Kork!

Man bepinselt die Geschwulst einfach täglich 2—3mal mit dieser Flüssigkeit, bis sich nach mehreren Tagen eine dicke, braunschwarze Kruste gebildet hat, die man der spontanen Abhebung, unterstützt durch die am Rande arbeitende, Lanugohärchen durchtrennende, krumme Schere überläfst. Ist diese stark und die Haut ohne jede Schädigung komprimierende Decke abgenommen, so beginnt der Cyclus der Einpinselungen von Neuem. Jedes Mal zeigt sich das Angiom flacher und heller. Nach anscheinendem Schwund mufs die Aufpinselung von Ichthyolkollodium noch lange fortgesetzt werden, um Recidive zu verhüten. Da Ichthyolkollodium zugleich ein gutes Wundheilungsmittel ist, kann man seine Applikation auch mit dem Cauterium actuale verbinden, indem vor der ersten Aufpinselung jedes Mal eine Stichelung vorgenommen wird.

Es ist nun geradezu ein Paradoxon, dafs diese einfache Therapie gegen eine relativ rasch wachsende, höchst aktive Geschwulst erfolgreich ist, während sie im allgemeinen bei den inaktiven Feuermälern versagt und diese paradoxe Thatsache findet — allerdings nicht ihre Erklärung — wohl aber Analogien in der bekannten Unzulänglichkeit unserer übrigen Heilmittel gegen die venösen Mäler. Eine einfache und in allen Fällen befriedigende Therapie derselben, welche nicht geradezu zu dem verzweiflungsvollen Mittel greift, eine flächenhafte, tiefe Brandnarbe oder ein transplantiertes Stück normaler Haut an ihre Stelle zu setzen, giebt es meines Wissens bisher für Feuermäler überhaupt nicht. Umsonst griffen unsere Voreltern nicht zur Impfung solcher Mäler; es wäre angezeigt, für ihre Therapie ein Preisausschreiben und einen internationalen Wettbewerb zu veranstalten.

So wirkungslos nun die Kompression bei den Feuermälern älterer Kinder und Erwachsener im allgemeinen ist, selbst wo diese sich ober-

halb von Knochenflächen befinden, so wirkungsvoll ist sie bei den Feuermälern der Säuglinge, eine Thatsache, welche ziemlich unbekannt zu sein scheint. Der Erfolg der Therapie nimmt mit dem Alter stetig ab und ist am gröfsten gleich nach der Geburt. Es ist deshalb ein Fehler, diesen beim Erwachsenen so intraktabeln Schönheitsfehler bis in die Pubertät hinein sich selbst zu überlassen.

Die richtige Erklärung für die Schwerangreifbarkeit der Feuermäler der Erwachsenen ergiebt sich aus ihrer histologischen Struktur. Sie bestehen nämlich lediglich in der excentrischen Hypertrophie des gesamten Venensystems der Cutis. Man müfste mithin jede einzelne Vene auf das normale Kaliber zurückbringen, wenn man das Feuermal heilen wollte. Hier gilt es nicht, eine mitten im normalen Gewebe entstehende, abnorme Geschwulst zu veröden, wie beim glomeruliformen Angiom, wo zahlreiche Brennpunkte genügen, um in deren Umgebung die Neigung zur Wucherung zu unterdrücken. Hier ist vielmehr die Haut als solche und als Ganzes abnorm gebaut, abnorm hinsichtlich des Gefäfsbaums. Die Verödung eines Teiles oder vieler kleiner Teile desselben zieht noch durchaus nicht die weitgehende Verkleinerung des ganzen Gefäfsbaums, d. h. die Heilung des Feuermales, nach sich.

Da ich mir aus diesen histologischen Gründen die anscheinend paradoxe Schwerangreifbarkeit der Feuermäler zur Genüge erklärt hatte, war ich um so erstaunter, vor einigen Jahren zu finden, dafs ein einfacher Druck, bald nach der Geburt angewendet, zur Heilung genügt. Ich kam auf diesen Versuch durch die Beobachtung, dafs gewisse Feuermäler, die über sich vergröfsernden Knochenflächen sitzen und beim Wachstum einer permanenten Spannung, resp. einem Druck von innen her ausgesetzt sind, spontan zu schwinden pflegen, so z. B. solche über dem Kreuzbein. Ich versuchte daher wieder die schon aufgegebene Kompressionstherapie mittelst Ichthyolkollodium, aber mit dem Unterschiede, dafs ich dieselbe nur bei Säuglingen anwendete. Der gute Erfolg in diesem frühen Alter erklärt sich nun, wie mir scheint, ebenso einfach, wie der mangelnde Erfolg in einem späteren Lebensalter. Was nämlich durch die Kompression am meisten beeinflufst wird, sind offenbar die Gefäfse mit ihrem Blutgehalt. Hält man nun während der Zeit des raschesten Wachstums der Cutis die Blutgefäfse relativ am meisten in ihrer Ausdehnung künstlich zurück, so ist es natürlich anzunehmen, dafs alle übrigen Hautbestandteile, vor allem die fibrös-elastische Cutis verhältnismäfsig stärker wachsen und den Blutgefäfsen im Wachtum relativ voraneilen oder aber, an Stelle der Feuermäler, sie im Wachstum einholen, so dafs allmählich zwischen Haut und Blutgefäfsen wieder das normale Verhältnis und damit Heilung des Feuermals eintritt.

Ist diese Anschauung richtig, so harmoniert sie auch aufs Beste mit

meiner Drucktheorie der Gefäfsmäler.[1] Wo in utero längere Zeit vorübergehend ein Druck auf die Haut eine Stauungshyperämie mit nachfolgender excentrischer Hypertrophie des Venensystems erzeugte, kann ein späterer länger dauernder Druck während der Wachstumsperiode den einseitigen Excefs der Gefäfsbildung wieder aufheben.

[1] *Histopathologie der Haut*, pag. 1187.

Fachzeitschriften.

Dermatologische Zeitschrift.

Band 6, Heft 6. 1899.

I. **Zwei Fälle von Alopecie nach dem Gebrauche von Thalliumacetat**, von S. Giovannini-Turin. Im ganzen sind bis jetzt sechs Fälle von Alopecie nach dem Gebrauche des Thalliumacetates bekannt geworden, von denen nur drei, die von Vassaux und Jeanselme, genau beschrieben sind.

Verfasser fügt dieser Zahl zwei weitere Fälle hinzu.

Der erste Fall betraf ein 19jähriges Dienstmädchen, das an akuter Lungentuberkulose litt. Gegen die profusen Nachtschweifse wurden der Patientin Pillen, enthaltend 0,1 g Thalliumacetat, verordnet und die erste Pille am Abende des 22. März 1898 verabreicht. Diese Methode wurde an den darauffolgenden drei Abenden wiederholt. Schon in derselben Nacht und am darauffolgenden Tage nahm das Schwitzen erheblich ab und hörte nach der zweiten Pille ganz auf. So blieb es neun Tage hindurch, dann stellten sich, wie im Beginn, profuse Schweifse wieder ein. Schon von der dritten Pille an klagte die Patientin über allgemeine unerträgliche Schmerzen, namentlich in den unteren Extremitäten. Am 7. April stellten sich bei der Patientin Parese der Beine und Füfse ein, die Patellarreflexe waren erloschen, dagegen war die Sensibilität für die verschiedenen Empfindungsqualitäten erhalten. Am 25. April, also 34 Tage nach Darreichung einer Pille Thalliumacetat, wurde erheblicher Haarausfall bei der Patientin wahrgenommen. Der Haarschwund machte rapide Fortschritte, und zwar folgten an allen behaarten Körperstellen die Haare sehr leicht dem Zuge. — Als die Patientin am 31. Mai starb, hatte sie etwa zwei Drittel aller Körperhaare verloren.

Fall 2 betraf ein 32jähriges, an chronischer Lungentuberkulose leidendes Dienstmädchen, das gegen die profusen Schweifse je eine Pille von 0,1 g Thalliumacetat am 21., 22., 23., 24. März 1898 erhielt. Während der Verabreichung, sowie an den vier Tagen nach der Aussetzung des Medikaments schwitzte die Patientin wenig oder gar nicht. Am 30. März trat der Schweifs wieder profus auf. Am Abend des 31. März und des 1. April erhielt sie wieder je eine Pille jedoch nur von 0,05 Thalliumacetat. Die weitere Darreichung mufste wegen Auftretens bedenklicher nervöser Erscheinungen definitiv eingestellt werden. Am 3. April bemerkte die Kranke, dafs ihr die Haare in grofser Menge ausfielen; beim Kämmen oder auch nur durch leichtes Ziehen lösten sie sich in Büscheln. Von dem Haarschwund waren alle behaarten Stellen am Körper in gleicher Weise befallen. Die Haut wies hier, wie in dem ersten Falle,

nicht die geringste Veränderung auf. — Erst nach 36—42 Tagen, nachdem die Patientin beinahe alle Haare am ganzen Körper verloren hatte, kam die Alopecie zum Stillstand.

Die ausgefallenen Haare regenierten sich sehr bald.

Aus den beiden Fällen ergiebt sich, dafs das Thalliumacetat neben seinem Einfluſs auf die Schweifssekretion und das Nervensystem, auch eine schwere Alopecie hervorzubringen vermag, welche in ihrer Entstehungsweise gewissen Formen von Area Celsi ähnelt. Der Haarausfall folgt relativ oft dem Gebrauch von Thalliumacetat, da er in 21% der damit behandelten Fälle beobachtet wurde.

Was die mikroskopische Untersuchung betrifft, so ist es Verfasser nicht gelungen, weder in der Haut noch an ausgezogenen Haaren Veränderungen aufzufinden, welche man mit Sicherheit auf eine Intoxikation mit Thalliumacetat hätte zurückführen können. Allerdings geschah die Untersuchung unter ungünstigen Bedingungen, einmal an einer Haut, welche dem Leichnam entnommen war, und dann zu einer Zeit, da der Beginn der Alopecie bereits 70 Tage zurücklag, und schon neue Haare hervorzusprieſsen anfingen.

II. **Bericht über die Lepra in Neu-Süd-Wales für das Jahr 1897,** von J. A. Thompson. Am 1. Januar 1897 waren in Lazarethbehandlung 16 Lepröse; drei derselben starben im Laufe des Jahres, sodafs am 31. Dezember 1897 noch 13 im Lazareth verblieben; darunter waren 10 Weifse, von denen 6 in Neu-Süd-Wales geboren waren.

In einer tabellarischen Zusammenstellung werden Geschlecht, Geburtsort, Beschäftigung, Alter, Datum der Aufnahme etc. angegeben. Im Anschluſs an diese Übersicht teilt der Verfasser die Krankengeschichte dreier Fälle mit, welche im Jahre 1897 in das Lazareth neu aufgenommen worden sind, knüpft an dieselben klinische und ätiologische Bemerkungen und schlieſst mit einer kurzen Geschichte der Lepra auf der Insel Lord Howe Island, welche an der Küste von Neu-Süd-Wales liegt und einen Teil desselben bildet.

III. **Talgdrüsen in der Schleimhaut des Mundes,** von D. W. Montgomery und W. G. Hay-San Francisco. Die Verfasser haben seit einigen Jahren eigentümlich gelb gefärbte Stellen in der Lippen- und Mundhöhlenschleimhaut bei vielen Leuten beobachtet. Diese Stellen sind stecknadelkopfgroſs oder kleiner und haben eine saturierte gelbe Farbe. Sie sind zuweilen etwas erhaben und sehen dann wie Papeln aus, sind aber immer weich. Sie verursachen keinerlei subjektive Beschwerden. Das Alter scheint beim Entstehen dieser Verfärbungen keine wichtige Rolle zu spielen.

Lange Zeit blieb das Wesen derselben dunkel, bis zwei Patienten, welche derartige Flecke in ziemlicher Anzahl an der Wangenschleimhaut und im Lippenrot zeigten, sich der Wissenschaft zu Liebe kleine Hautstücke aus der befallenen Partie excidieren lieſsen.

Mikroskopisch erwies sich ein solch gelber Fleck als eine kleine Talgdrüse, deren lobulierte Säcke sich weit in das Bindegewebe der Schleimhaut versenkten und mit groſsen polyedrischen Zellen stark gefüllt waren. Jede dieser Zellen besafs einen groſsen runden Kern und eine deutliche Zellmembran. Den Zellleib stellte ein retikuläres Gewebe dar. Die Epithelzellen waren, wie die gewöhnlichen Talgdrüsenzellen, mosaikartig angeordnet. Die gelbe Farbe bei einer Talgdrüse erklärt sich daraus, dafs diese unmittelbar unter dem Epithel lag und ihr Fett durchscheinen lieſs.

Dafs beide in Rede stehenden Patienten Luetiker waren, halten die Verfasser für einen reinen Zufall, da die Affektion bei vielen anderen Leuten beobachtet wurde, welche niemals etwas mit Syphilis zu thun hatten.

IV. **Ein Fall von Pemphigus foliaceus-Cazenave**, von G. M. Nasarow-Odessa. Verfasser definiert zunächst an der Hand der einschlägigen Litteratur den Pemphigus foliaceus-Cazenave und rekapituliert das klinische wie histologische Bild der Krankheit, wie es Nikolsky auf Grund sehr sorgfältiger Studien in einer im Jahre 1896 publizierten, russisch abgefafsten Arbeit geschildert hat. Nach Nikolsky ist das charakteristischste Symptom des Pemphigus foliaceus die Erschlaffung des Zusammenhanges zwischen Horn- und Körnerschicht. Diese pathologisch-anatomische Veränderung verursacht auch die übrigen bis zu einem Grade charakteristischen Symptome: schlaffe Blasen, runde geschichtete Borken und nässende Stellen, welche der Horndecke beraubt sind. Verfasser beschreibt, nachdem er die Nikolskysche Arbeit nahezu wörtlich citiert hat, einen Fall von Pemphigus foliaceus bei einer 67jährigen Frau, die in ihrem Leben viel Sorge und Kummer durchgemacht hatte, jedoch bis zum Beginn ihres Hautleidens gesund gewesen war. Jucken und das Auftreten von Bläschen waren die ersten Erscheinungen, an denen sie vier Monate vor ihrer Aufnahme in das Odessaer städtische Hospital erkrankte. Die einen Bläschen trockneten aus, andere verschwanden, neue traten auf und wandelten sich in Geschwürsflächen um. Die Patientin ist durch das Leiden stark abgemagert, klagt über Appetitlosigkeit, Brennen im Munde, Blutungen am Zahnfleisch und die Unmöglichkeit zu kauen. Etwa vier Wochen nach der Aufnahme starb die Patientin an Marasmus, trotz der sorgfältigen Behandlung, welche an erster Stelle auf eine roborierende Diät (Milch, Kephir, Bouillon, Fleisch, Wein, Cognac) gerichtet war. Lokal wurde verordnet: Solut. argenti nitrici, Streupulver aus Bismut. subnitric., Kompressen aus schwacher Burowscher Lösung etc. Am meisten Linderung, wenn auch nur temporär, verschaffte der Patientin das permanente Wasserbad von Hebra mit einer Temperatur von 29° R.

Einige Tage vor ihrem Tode wurde sie als ein typisches Beispiel des Pemphigus foliaceus in der Sitzung der Spitalsärzte demonstriert. Sie zeigte damals folgende Hauptsymptome des Leidens: 1. auf der Hautfläche welke Blasen mit seröseitrigem Inhalte; 2. der Hornhaut beraubte Stellen; 3. abgeschwächten Zusammenhang zwischen Hornhaut und der darunter gelegenen Schicht auf Hautpartien, welche anscheinend normales Aussehen hatten; 4. Temperatursteigerung; 5. volle Entkräftung und 6. üblen Geruch.

V. **Zur Geschichte der Lepra in den Niederländisch Ostindischen Kolonien vom 17. Jahrhundert bis jetzt**, von T. Brors van Dort-Rotterdam. Nachdem der Verfasser in früheren Arbeiten über die Lepra in Holland und seinen westindischen Kolonien interessante Mitteilungen gebracht hatte (vergl. Referat in den *Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. 27, S. 74 u. s. w.) macht er in der vorliegenden die früheren und gegenwärtigen Zustände in den holländisch ostindischen Besitzungen zum Gegenstande seiner Betrachtungen. Die ersten Nachrichten über die Lepra erhalten wir von dem holländischen Arzte Jakob Boretius, der im Jahre 1642 eine Arbeit „de Medicina Indorum“ und im Jahre 1687 eine andere, für die Kenntnis der Lepra noch mehr Interesse in Anspruch nehmende Schrift publizierte. In dieser leteren werden wir mit der vorzüglichen Arbeit von Wilhelm ten Rhyne aus Batavia bekannt gemacht. In der Vorrede spricht dieser Autor die Hoffnung aus, dafs auch andere ihre Gedanken und Erfahrungen anschliefsen werden, um auf diese Weise zur wahren Kenntnis der Krankheit zu gelangen. Er findet es aufserdem wünschenswert, dafs die Regierung eine Belohnung zur Verfügung stelle für diejenigen, welche ein Mittel zur Bekämpfung der Lepra angeben können. Als eines der besten Mittel gegen die Krankheit sieht er die Isolierung der Leprösen an, ist aber nicht sehr einverstanden mit der Heilmethode, welche jeden Kranken unterschiedslos schwitzen, purgieren, aus-

hungern läfst. Der Autor ermahnt, mit dem anatomischen Messer dem Wesen der Lepra nachzuforschen, fordert Kollegen und Aufseher der Leprösen auf, ihre Gedanken, Beobachtungen, Erfahrungen zu publizieren und durch eine Art Sammelforschung die Mittel gegen die Krankheit zu suchen.

Sodann beschreibt Ten Rhyne die verschiedenen Arten der Krankheit, deren Kenntnis zur richtigen Diagnose der „Asiatische Melantsheyd" nötig ist. Da diese manchmal mehr, manchmal weniger kontagiös ist, so müsse sie in verschiedene Unterarten eingeteilt werden. Es scheint Ten Rhyne schon klar gewesen zu sein, dafs zwischen den makulösen und tuberösen Formen in der Übertragbarkeit ein Unterschied vorhanden ist.

Ten Rhyne giebt an der Hand der ihm zugänglichen Litteratur eine kurze Geschichte der Lepra, beschreibt mit einer für damalige Zeiten bewunderns werten Sachkenntnis die Krankheitserscheinungen, er erwähnt alle prodromalen und initialen Symptome, wie wir sie heute kennen, selbst, dafs durch Schwellung und Ulceration der Nasenschleimhaut eine näselnde Sprache entstehen kann, dafs die Krankheit in der Nase anfängt und sich von dort weiter über den ganzen Körper verbreitet.

Als vorangehende Ursache der Lepra betrachtet Ten Rhyne eine „bösartige Luft", die jedoch unabhängig von der Temperatur ist. Wir wissen nicht, sagt der Autor, ob diese Luft aus giftigen Ausdünstungen der Erde, aus faulenden Körpern oder aus giftigen Mineralien entsteht. Eine weitere vorangehende Ursache soll der geschlechtliche Verkehr besonders während der Zeit der Menstruation sein, ferner wiederholte andere Berührung, das gemeinsame Essen, Trinken etc.

Was den Einfluſs des Klimas betrifft, so meint Ten Rhyne, dafs man in einem kalten Klima weniger leicht angesteckt wird; ist man jedoch bereits infiziert, so hat das Klima keinen Einfluſs auf die Heilung, höchstens auf den Verlauf der Krankheit. Von gröſserem Einfluſs als das Klima auf die Entstehung der Krankheit betrachtet er den Genuſs von Schweinefleisch bei den Chinesen und von Wallfisch bei den Japanern. — Ob die Krankheit nur aus China, Japan oder einer der benachbarten Insein importiert oder in Ostindien selbst entstanden ist, läfst Ten Rhyne unentschieden. Er wünscht nur zu konstatieren, dafs sie kontagiös sei, und dafs eine fehlerhafte Diät sie verschlimmern kann.

Ten Rhyne bespricht sodann die Hauptursachen der Krankheit, die er in einem spezifischen Gifte sieht, weiter die notwendige Fürsorge und Lebensweise, die Prognose der Lepra, endlich die Therapie. Es nützt wenig", sagt Ten Rhyne im VII. Kapitel seiner Abhandlung, „eine Krankheit zu kennen, wenn man diese nicht kurieren kann." Die Hauptprinzipien der Behandlung bestanden erstens in einer bequemen, kräftig ernährenden Diät, einmal wöchentlich Schwitzen, einmal Purgieren und während dieser ein Decoctum diaphoreticum genossen: ein- oder zweimal Speichel anregen, mittelst der „Quilkerzchen" oder Pillen mit präzipiertem Quecksilber. Sehr eingehend werden dann die verschiedenartigsten und seltsamsten inneren und äufseren Mittel gegen die Lepra besprochen. Alle Mittel, die das Blut dünnflüssig machen, den Kreislauf anregen und ein wenig Alkohol enthalten, sind von Nutzen.

Van Dort sagt am Ende seiner interessanten und sehr lesenswerten Inhaltsangabe über Ten Rhynes hervorragende Arbeit, dafs diese gewifs die gediegenste sei, welche über die Lepra bis zur zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts publiziert worden ist, dafs Ten Rhyne ein scharfsinniger Kritiker, ein genauer Beobachter, ein denkender Arzt war, der auf jeder Seite seiner nur wenigen zugänglichen Arbeit Ansichten ausspricht und begründet, die zum Teil bis zum heutigen Tage ihren Wert, ihre Giltigkeit behalten haben. *C. Berliner-Aachen.*

Centralblatt für die Krankheiten der Harn- und Sexual-Organe.

Band XI, Heft 1.

Wesen und Bedeutung der Florence'schen Reaktion, von Vertun. Die ursprünglich von Florence zur Erkennung von Samenflecken in Wäsche etc. angegebene und in forensischer Beziehung wichtige Jodreaktion hat bei den nachprüfenden Autoren eine Reihe von Widersprüchen ergeben; es geben die Florence'sche Reaktion, vom Sperma abgesehen, auch die Cholingruppe, die Schreiner'sche Base, Nukleinderivate bezw. Alloxurbasen. Der positive Ausfall der Reaktion beweist also nicht das Vorhandensein von Sperma, sondern fordert zur sorgfältigen mikroskopischen Untersuchung nach Samenfäden auf. Andererseits beweist der negative Ausfall der Probe auch nicht, dafs kein Sperma vorhanden war, denn durch Blut, Eiter oder einen anderen kolloiden Stoff enthaltende Flüssigkeit kann es zur Bildung von Schmieren kommen, die das Auftreten der charakteristischen Krystallisation verhindern.

Über Prostataverletzungen durch Unfall, von Oberländer. Verfasser teilt eine Reihe von Krankengeschichten mit, die sämtlich das Gemeinsame haben, dafs der Unfall zu einem jähen Sturz Veranlassung gab, bei dem die Verletzten platt auf den Boden, nicht rittlings auf einen kantigen Gegenstand, zu sitzen kamen. Der Verlauf dieser interessanten und seltenen Verletzung ist dann meist der, dafs die Erkrankten zunächst enorme Schmerzen im After mit Blasenbeschwerden haben, die sie zum Liegen nötigen, jedes aufrechte Stehen, Gehen und Arbeiten verhindern, und dafs sich daran die Erscheinungen einer Prostatitis anschliefsen, die mehr oder weniger akut verläuft, mitunter nach erfolgter Abscedierung sich bessert, gelegentlich aber auch die Kastration erfordert, um durch die dann erfolgende Schrumpfung der Prostata Nachlafs der erheblichen Beschwerden zu erzielen.

Ein gänseeigrofser Stein in einem Vaginalsacke beim Manne, von Kapsammer. Der 29jährige Patient hatte schon in seiner Jugend öfter an Hämaturien gelitten und erkrankte nun wieder daran. Bei der Untersuchung fand sich, dafs der zuerst gelassene Urin hell war, während die letzten Portionen eine blutige, stinkende Flüssigkeit darstellten. Bei der Untersuchung per Rectum fühlte man eine weiche fluktuierende Geschwulst, die sich leicht durch Fingerdruck verkleinern liefs. Patient konnte dann aus der vorher entleerten Blase bequem 75 cm^3 jener stinkenden Flüssigkeit entleeren. Patient verweigerte eine Operation und war $2^1/_2$ Jahre lang gesund; dann trat wieder Hämaturie auf und nun ergab die Untersuchung an Stelle der Prostata eine gänseeigrofse, steinharte Geschwulst. Auf diese wurde vom Damm aus eingeschnitten, die Wand des Tumors eröffnet und ein gänseeigrofser Stein entfernt; die Ränder der Kapsel wurden mit der äufseren Haut vernäht, und es ging dem Patienten zunächst wieder gut; bald aber stellten sich die alten Beschwerden wieder ein und nun schritt man zur Exstirpation des Sackes; dieser ergab genau das Bild einer zwischen Urethra und Rectum liegenden Vagina; auch die histologische Untersuchung des Sackes ergab die Charaktere der äufseren Haut mit darunter liegender mächtiger Muskelschicht. Jetzt geht es dem Patienten gut; er ist übrigens verheiratet, übt den Coitus normal aus, hat aber keine Kinder. *F. Hahn-Bremen.*

Dermatologisches Centralblatt.

1899. No. 3.

Über die Wachstumsgeschwindigkeit des Kopfhaares, von J. Pohl (Pincus). Um die Schnelligkeit des Haarwachstums zu prüfen, liefs Verfasser die Kopfhaare stellenweise kurzschneiden und dann durch Messung feststellen, um wieviel sie im Laufe eines Monats an Länge zunehmen. Er fand als Durchschnitt im 21.—24. Lebens-

jahre 15 mm, im 60. Lebensjahre 11 mm. Die Jahreszeit bedingte keinen Unterschied. Einmaliges Kahlschneiden oder Kahlrasieren beschleunigt nicht das Wachstum, wie man allgemein annimmt, sondern verlangsamt es sogar. Die einzelnen Haare weisen in Bezug auf die Wachstumsgeschwindigkeit erhebliche Unterschiede auf. Die Einzelinsassen der Haarkreise, in denen sich die Haare bekanntlich gruppieren, wachsen abwechselnd schneller resp. langsamer. Der Ausfall ausgewachsener Haare — die Lebensdauer derselben beträgt 2—6 Jahre — geht innerhalb einer Gruppe alternierend vor sich, dadurch wird die Entstehung kahler Stellen verhütet. Die gröfste Wachstumsgeschwindigkeit fällt in die Mitte der typischen Lebensdauer. Dieselbe wird durch Fieber herabgesetzt.

Zum Profetaschen Gesetz, von R. Brüggemann. Die Immunität gesund geborener Kinder syphilitischer Eltern bezeichnet man als Profetasches Gesetz. Profeta selbst sprach nur von Kindern syphilitischer Mütter; die Einengung ist sehr berechtigt, da die Immunitätsvererbung seitens des Vaters noch unbewiesen ist und auch schwer bewiesen werden kann. Man müfste ausschliefsen können, dafs die Mutter Syphilissymptome je gehabt hat, und das Kind einer syphilitischen Amme geben oder mit Syphilis impfen; bliebe das Kind dann gesund, dann wäre der Beweis erbracht. — Verfasser sah einen 22jährigen Menschen, dessen Vater vor 30 Jahren wegen Lues in Aachen eine Kur durchmachte, an schwerer Syphilis erkranken. Die Syphilis des Vaters garantierte also nicht einmal einen milden Verlauf der Syphilis beim Sohne. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Monatsberichte über die Gesamtleistungen auf dem Gebiete der Krankheiten des Harn- und Sexualapparates.

Band IV, Heft 12.

Zur Blasenspülung, von Roerig. Beim Dittelschen Doppelhahn verunreinigt der ausfliefsende Blaseninhalt die Bohrungen durch Schleim und Eiter, weil der Weg rechtwinklig gekrümmt ist. Verfasser verbindet deshalb das zum Abfluls bestimmte Rohr mit dem Irrigationsschlauch; dann läuft die reine, zum Spülen benutzte Flüssigkeit den rechtwinklig gekrümmten Weg, während der Blaseninhalt nach Umstellung des Hahnes den geraden Weg einschlagen mufs. Ist die Bohrung weit genug, dann sind die Übelstände des Instruments gehoben. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

The British Journal of Dermatology.

Band 11. Dezember 1899.

I. **Über einen Fall von bullösem Ausschlag von unbestimmbarem Charakter**, von T. Colcott Fox - London. Die 36jährige Patientin, Mutter dreier gesunder Kinder, stellte sich im Westminster Hospital am 15. März 1899 mit einem bullösen oder pemphigoiden Ausschlag vor, dessen einzelne Efflorescenzen zwischen Erbsen- bis Wallnufsgröfse variierten. Die Blasen waren gespannt, flach konvex, rund kontouriert, standen einzeln, hier und da ohne Ordnung zerstreut und machten den Eindruck, als ob sie mit dickem Eiter angefüllt wären. Beim Bersten einer Blase zeigte sich die Basis gerötet und infiltriert, eher ulceriert als exkoriiert und bot einige kraterförmige, den Follikelmündungen scheinbar entsprechende Vertiefungen dar. Diese verdickte Basis erinnerte lebhaft an gewisse Fälle von Jod- und Bromkaliumausschlägen. Am stärksten von der Affektion befallen waren die Extremitäten, das Gesäfs, in geringerem Mafse Brust, Abdomen und Rücken, noch weniger die Kopfhaut. Frei waren die Mundhöhle, die Handteller, während die Fufssohlen einige

Pusteln aufwiesen. An den Füfsen zeigten die Efflorescenzen die Neigung, hämorrhagisch zu werden. Die Affektion verursachte weder Brennen noch Jucken, das Allgemeinbefinden der Patientin war scheinbar gut. Am 22. März kam sie wieder. Die Zahl der Efflorescenzen hatte beträchtlich zugenommen und die Gesundheit der Patientin sich wesentlich verschlechtert. Während ihres Aufenthaltes in der Klinik konnte man den weiteren Verlauf der Affektion genau verfolgen. Der Ausschlag begann in Form entzündlicher Papeln oder Knoten von bedeutender Gröfse. Bald wurden dieselben vesikulär, der Inhalt wurde blutig oder eitrig, die Blasendecke brach auf, eine übelriechende, seröseitrige, zuweilen blutig tingierte Flüssigkeit flofs heraus, worauf eine infiltrierte Fläche mit centraler Vertiefung, entstanden durch Nekrose von Gewebe, sichtbar wurde. Der Zustand verschlimmerte sich durch Konfluenz benachbarter Pusteln und durch ausgedehnte Ulcerationen, die einen phagedänischen Charakter annahmen. Unter den Erscheinungen einer Septikämie starb die Patientin nach vierwöchentlichem Aufenthalt im Hospital und neun Wochen nach Beginn der Krankheit. Mikroskopisch fand Verfasser in dem Inhalt der Efflorescenzen als wesentlich eine Anhäufung von polymorphen nukleären Leukocyten, die in Verbindung mit dem entzündlichen Prozesse zu bringen sind und deutliche Anzeichen ihrer rapiden Auflösung. Tuberkelbacillen oder andere Organismen fanden sich nicht. Verfasser teilt ausführlich den histologischen Befund mit, bespricht die Diagnose. Da für Syphilis keine Anhaltspunkte vorhanden waren, das Krankheitsbild dem Pemphigus in keinem Stadium entsprach, so bleibt der Fall in diagnostischer Beziehung ein ungelöstes Rätsel.

II. **Die Nachkommen kongenital Syphilitischer,** von G. Pernet. Eine 44jährige, verheiratete Frau zeigt unzweideutige Erscheinungen kongenitaler Syphilis, eine seit langer Zeit bestehende doppelseitige Keratitis, stark ausgeprägte Sattelnase, alte Narben um den Mund, die typische Hutchinsonsche Deformität der Zähne, die sämtlich auffallend klein sind. Die Intelligenz ist normal. Die Familiengeschichte bekräftigt die Annahme von hereditärer Syphilis. Seit acht Jahren ist die Patientin verheiratet. Ihr Mann ist erblindet, aber sonst gesund. Sie hat sieben Schwangerschaften durchgemacht. Das erste Mal wurde ein voll ausgetragenes Kind geboren, das drei Tage nach der Geburt starb. Das zweite Mal Fehlgeburt nach sechs Monaten. Das dritte Mal Zwillinge. Fehlgeburt nach sechs Monaten. Das vierte Mal wurde ein Kind geboren, das noch lebt, zwar blafs und schwächlich ist, aber keine bemerkenswerten, für hereditäre Syphilis verdächtigen Erscheinungen aufweist. Das fünfte Mal war eine Fehlgeburt im dritten Monat. Das sechste Mal eine Fehlgeburt im vierten Monat. Das siebente Mal wieder eine Fehlgeburt Der blinde Ehemann zeigt keine Beweise von kongenitaler oder ererbter Syphilis.

III. **Extragenitaler Schanker am Zahnfleisch,** von W. T. Freemann. Ein 16jähriges Mädchen zeigte bei der ersten Visite vor zwei Monaten auf der rechten Seite des Unterkiefers, am Zahnfleisch des letzten unteren Backenzahnes ein Geschwür, das sich deutlich hart anfühlte. Wie lange es bestand, vermochte die Patientin nicht zu sagen. Die Submaxillardrüsen waren etwas geschwollen. aber nicht besonders hart. — Die Diagnose schwankte zwischen Primäraffekt und bösartigem Gewächs. — Sie wurde einer Quecksilberkur unterworfen. Während der Behandlung entwickelte sich ein typisches Roseolenexanthem und universelle Vergröfserung der Drüsen. Das Geschwür war wesentlich zurückgegangen. Der Infektionsmodus konnte nicht festgestellt werden. *C. Berliner-Aachen.*

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.
1899. Heft 10.

Über die Oosporaform (Streptothrix) des Mikrosporums des Pferdes, von E. Bodin-Rennes. Das Pferdemikrosporum, ein bei den Tieren häufiger Parasit, gehört zu den Mucedineen und ist mit dem Mikrosporon Audouini des Kindes und mit dem Hundemikrosporon nahe verwandt. Mit den Mucedineen teilt es auch die wichtige Eigenschaft des Pleomorphismus. B. hat schon früher zwei Formen desselben kennen gelernt, das „Endoconidium" und das „Acladium". Jede dieser Formen läfst sich beliebig in die andere überführen; beide erzeugen sie bei dem Pferde den Herpes contagiosus.

Neuerdings ist es B. nun gelungen, die Form „Acladium" noch in eine dritte Form umzuzüchten, die zur Oospora- oder Streptothrixgruppe gehört, aus der sich die Parasiten der Aktinomykose u. s. w. ergänzen. Mit anderen Worten: Die pathogenen Pilze des Herpes tonsurans einerseits und der eben genannten Hautkrankheiten andererseits sind sehr nahe miteinander verwandt und gehören alle zur nämlichen Familie der Mucedineen. Das Nämliche gilt dann aber auch, wie Bodin an anderer Stelle nachgewiesen hat, für das Achorion und das Trichophyton.

Sind diese Aufstellungen richtig, so wird damit einmal bewiesen, dafs der Streptothrix zu den Mucedineen und nicht, wie noch viele Forscher wollen, zu den Bakterien gehört. Zum anderen wird damit die Hypothese von dem saprophytischen Ursprung des Herpes tonsurans sehr wahrscheinlich gemacht.

Nun kommt aber ein neuer Umstand der Bodinschen Lehre zur Stütze. Zwei andere Forscher, Le Calvé und Malherbe zu Nantes, haben nämlich bei einer bislang unbekannten Form des Herpes tonsurans des Pferdes, die ein peladoides Aussehen hatte und jener Erkrankung, die in der Veterinärkunde dem Dermanyssus Gallinae zugeschrieben wird, ähnelte — einen neuen Pilz gefunden, den sie Trichophyton minimum nannten und der in jeder Beziehung der von B. gezüchteten Oosporaform des Mikrosporum equi gleicht. — Durch diese Entdeckungen wird nun aber die Lehre von der Vielheit der Herpes tonsurans-Formen wieder in Frage gestellt.

Ein neuer Beitrag zur Hyperkeratosis figurata centrifuga atrophicans, von E. Respighi-Pisa. Die Arbeit knüpft an einen sorgfältig beobachteten und beschriebenen Fall an und beschäftigt sich durchweg mit den dieser Form von Hyperkeratosis zu grunde liegenden histologischen Veränderungen. Verfasser hat in diesem, den klinischen Erscheinungen nach etwas abweichenden Fall den nämlichen mikroskopischen Befund wie bei seinen früheren Untersuchungen erheben können. Die wichtigsten, von früher her bekannten Punkte finden auch diesmal wieder ihre Bestätigung.

In dem kreisförmigen keratotischen Wall, der die centrale atrophische Fläche umgiebt, kann eine Furche vorhanden sein oder fehlen. Diese Furche kommt fast ausschliefslich bei den gröfseren Flecken vor, die zum mindesten den Durchmesser einer Linse haben.

Das Wesentlichste des anatomischen Prozesses ist ein ununterbrochener Ring von halbwegs verhornten Zellen. Die Zellkerne sind färbbar; die Zellen sind die nämlichen wie die in der Hornschicht bei anderen Dermatosen. Jener Hornring lagert in einem interpapillären Kanal. Weder dieses hörnene Band noch sein Kanal stehen zu den Drüsen und Follikeln in irgend einer Beziehung. — Wenn der pathologische Vorgang erlischt und der Hornring von selber oder durch äufsere Einwirkung abgefallen ist, so können noch einzelne Teile des interpapillären Kanals mit verhornten, kegelförmigen Trümmern lange Zeit bestehen bleiben. Meistens jedoch läfst sich an den erkrankten Herden von dem frühern keratotischen Prozefs nichts mehr

nachweisen, vielmehr fallen sie schnell der Atrophie anheim. Doch kann auf einem derartigen atrophischen Fleck der ganze Vorgang von neuem beginnen, indem sich hier über einer Drüse oder einem Follikel ein frischer Epidermiskegel bildet.

Türkheim-Hamburg.

Annales des maladies des organes génito-urinaires.

1899. Heft 9.

1. **Studie über die Cystinurie,** von Morelgne. Der Verfasser kommt auf Grund seiner ausführlichen Studie zu folgenden Schlüssen: Die Cystinurie, d. h. das Vorkommen von Cystin im Harn, ist eine aufserordentlich seltene Affektion. Im Verlaufe derselben kann es durch Ausscheiden von Cystinkonkrementen zu Nierenkoliken, sowie zur Bildung von Blasensteinen kommen. In den vom Verfasser beobachteten Fällen reagiert der Urin sauer und war grüngelblich gefärbt. Das Cystin findet sich im Urin in Form eines aus hexagonalen Plättchen bestehenden Sediments, mit dem ein Niederschlag von Harnsäure für gewöhnlich nicht verbunden ist. Das Cystinsediment, bezw. die Cystinkonkremente sind gewöhnlich von Tyrosin begleitet, während sich Leucin im Urin gelöst findet. Die Harnsäuremenge ist stets vermehrt. Die Cystinurie ist zu den Diathesen zu rechnen; sie ist die Folge einer Verlangsamung des Stoffwechsels, das Cystin selbst mufs als ein interendiäres, unvollständig umgewandeltes, unvollständig oxydiertes Produkt des Stoffwechsels betrachtet werden. Zwischen der Bildung von Cystin und der Diaminurie besteht kein ursächlicher Zusammenhang. Das Cystin kann sich überall im Körperhaushalte bilden, seine hauptsächliche Bildungsstätte ist die Leber. Aufgabe der Therapie der Cystinurie ist es, mit allen Mitteln die intraorganischen Oxydationsvorgänge zu fördern. Eine sichere Methode zur quantitativen Bestimmung des Cystins im Urin besitzen wir zur Zeit nicht.

2. **Sclerosis vesico-prostatica im Gefolge einer Influenzapneumonie,** von Panaghis N. Divaris. Bei einem 39jährigen Manne, der eben eine Influenzapneumonie überstanden hatte, traten plötzlich folgende Erscheinungen auf: Vermehrung der Zahl der Urinentleerungen, permanente Erektion des Penis, die nur am Ende jeder Urinentleerung nachläfst, inkomplete Retention, Incontinentia urinae, Vergröfserung und Druckempfindlichkeit der Nieren, durch Colibakterien verursachte Trübung des bluthaltigen Urins, Temperatursteigerungen bis 40,4°. Die Prostata war vergröfsert und von höckeriger Beschaffenheit. Die Diagnose lautete auf Pyelonephritis. Nach drei Monaten ging der Kranke unter den Erscheinungen von Urämie zu Grunde. Bei der Sektion fand sich eine 156 g schwere Prostata, an der man mit bloſsem Auge weifsliche, linsenförmige über das Niveau der Schnittfläche vorspringende Massen unterscheiden konnte. An der Blase fand sich ausgeprägte Arteriosklerose. Die Nieren waren atrophisch, ihre Kapseln verdickt und verhärtet. Es handelte sich demnach um eine chronische Prostatitis mit Hypertrophie der Prostata „à la suite" einer Influenzapneumonie. — Die Bezugnahme auf den Sündenbock Influenza erscheint hier um so unverständlicher, als der Patient vor seiner Pneumonie von dem Verfasser der Mitteilung an einer chronischen Prostatis behandelt worden war.

1899. Heft 10.

1. **Grenzen der progressiven Dilatation bei der Behandlung der Harnröhrenverengerungen. — Ausgezeichnete Wirkung der Methode der starken Dilatationen in schwierigen und hartnäckigen Fällen,** von Guiard. Die Dilatation der Harnröhrenstrikturen, wie sie gewöhnlich ausgeführt wird (bis 22 oder 23 Charrière) genügt in den meisten Fällen, um vorhandene funktionelle Störungen,

Dysurie, akute Retention, Ausfluſs zu beseitigen. Wenn aber solche Erscheinungen trotz methodisch durchgeführter Dilatation bis 22 oder 23 Ch. fortbestehen, dann ist die Methode der starken Dilatationen (bis 28 Ch. und selbst höher) indiziert. Diese Methode ergiebt vorzügliche Resultate; der Verfasser erzielte mit derselben rasche und vollständige Heilung in Fällen, in denen während 25—38 Jahren wiederholte innerhalb der gewöhnlichen Grenzen sich bewegende Dilatationskuren erfolglos geblieben waren. Nur in einzelnen seltenen Fällen, bei denen es sich um auſserordentliche feste, lange, elastische Strikturen handelt, versagen auch die starken Dehnungen. Die Methode der starken Dilatationen ist auch indiziert in allen Fällen, in denen die Striktur nach der gewöhnlichen Dilatation immer wieder und sehr rasch rezidiviert. — Blutungen, Fieberanfälle, die während der Behandlung auftreten, haben keine groſse Bedeutung und hören mit der fortschreitenden Dehnung der Urethra von selbst auf; sie bilden daher keine Gegenindikation gegen die Durchführung der Kur. Rezidive sind natürlich auch bei Anwendung der starken Dilatationen zu berürchten; sie treten jedoch viel später ein als nach der gewöhnlichen Dilatation; die Einführung von Sonden ist daher nach Durchführung einer starken Dilatation viel seltener nötig. In welchen Zwischenräumen sondiert werden muſs, um ein Rezidiv zu verhüten, muſs in jedem einzelnen Falle die genaue Beobachtung lehren. — Wenn alle vorhandenen Symptome für einen Zeitraum von 3—4 Monaten schon durch einen geringen Grad von Dehnung beseitigt werden oder wenn schon die kleinste Verstärkung des Sondenkalibers Zwischenfälle hervorruft, so ist stärkere Dilatation nicht am Platze.

2. **Die Uretero-Cysto-Neostomie**, von Boari. (Schluſs im nächsten Heft.)

1899. Heft 11.

1. **Larvierte Formen der chirurgischen Krankheiten des Harnapparates**, von Guyon. Die chirurgischen Krankheiten des Harnapparates verlaufen zuweilen unter einem Symptomenbilde, welches die Aufmerksamkeit des Arztes auf ganz andere Organe hinlenkt. Es handelt sich in solchen Fällen stets um lange bestehende, recht oft auch um sehr schwere Affektionen. — Bei Harnvergiftung, und zwar sowohl bei Retention aseptischen Urins wie bei Retention infizierten Urins, stehen manchmal Krankheitserscheinungen von Seiten der Digestionsorgane im Vordergrund, während Beschwerden, die auf die Harnorgane hindeuten, vollständig fehlen. In anderen Fällen von Harnvergiftung scheint Fieber das einzige Symptom zu sein, und zwar kann es sich um einen ganz akut verlaufenden Fiebertypus oder um einen kontinuierlichen remittierenden Fiebertypus oder um chronisches Fieber handeln. Endlich kann eine Harnvergiftung auch unter dem Bilde einer Lungenaffektion verlaufen. Die Erscheinungen von Seiten der Lungen stellen hier nicht, wie es oft den Anschein hat, eine Komplikation dar, sie sind vielmehr die Folge der Harnvergiftung, ihr Auftreten ist stets von ungünstiger prognostischer Bedeutung. In allen diesen Fällen ist natürlich die kausale Behandlung, d. h. die Behandlung der Harnvergiftung das Wichtigste.

Bei einer Reihe von chirurgischen Erkrankungen der Harnorgane, z. B. bei Tuberkulose der Niere, bei Nierensteinen, kann Albuminurie das auffallendste Symptom sein. In solchen Fällen stammt das Albumen aus Blut oder Eiter, die dem Urin makroskopisch oft unfehlbar beigemengt sind. Eine eingehende chemische und mikroskopische Harnuntersuchung wird in solchen Fällen die Stellung einer richtigen Diagnose ermöglichen.

2. **Die Uretero-Cysto-Neostomie**, von Boari. (Heft 10 u. 11.) Aufzählung und Beschreibung aller zur Beseitigung von Ureterenfisteln angewandten Operationsmethoden. *Götz-München.*

Journal des maladies cutanées et syphilitiques.

1899. Heft 11.

Der Unterricht in Tropenkrankheiten, von Henri Fournier. In London und Liverpool bestehen schon seit langem Schulen, in denen Ärzte in den Krankheiten der Tropenländer ausgebildet werden. In Hamburg wird jetzt unter Mitwirkung des Reiches eine solche Anstalt eingerichtet. Frankreich aber hat trotz seines reichen Kolonialbesitzes noch nichts derartiges aufzuweisen. Und doch wird das Bedürfnis nach einer solchen Schule dort auch lebhaft empfunden. Fournier sucht für diesen Plan, der schon vor Jahren aufgetaucht ist, bei den Dermatologen Propaganda zu machen. Marseille, in zweiter Linie Bordeaux, wären die geeigneten Plätze für jenen Lehrstuhl. Von der Regierung erwartet er für diese Zwecke nicht allzuviel; aber auch seine Hoffnung auf die private Thatkraft sind nicht gar zu grofs, und so wird es wohl noch eine gute Weile dauern, bis Frankreich sich eines Lehrstuhls für Tropenmedizin und Tropenhygiene wird erfreuen können.

Die weiblichen Geschlechtskranken von Saint Lazare, von Jullien. Eine statistische Arbeit J.'s hat während 10 Jahren 1750 venerische Frauen und Mädchen auf seiner Abteilung behandelt. Die Mehrzahl derselben (82,3%) war nicht eingeschrieben. Das Alter derselben schwankte zwischen 12 und 63 Jahren (je 1 Fall); die meisten waren 17—19 Jahre alt.

Bei der gröfseren Zahl der Patientinnen (65%) handelte es sich um Blennorrhoe mit und ohne Gonococcus. Hier tritt die günstige Wirkung der staatlichen Überwachung deutlich hervor, indem der Prozentsatz der blennorrhoisch Erkrankten bei den Eingeschriebenen um 11 geringer war als bei den „Wilden" (56% : 68%).

42,1% sämtlicher Fälle waren syphilitisch; 3,8% mit weichem Schanker behaftet: bei 6% fand sich Krätze. — Für die syphilitische Ansteckung erwies sich das Alter von 17—20 Jahren als das gefährlichste. Die Durchschnittsdauer der Behandlung im Krankenhaus betrug für jeden Fall 133 Tage. Dabei haben sich die Hg-Einspritzungen in hohem Grade bewährt. Sekundärsymptome blieben teils ganz weg oder traten sehr schwach auf.

Ein Fall von post-konzeptioneller Syphilis, von Henri Malherbe-Nantes. Eine 33jährige gesunde Frau, ohne verdächtige Anamnese, mit einem ganz gesunden Kind von $2^1/_2$ Monaten, bekommt einen syphilitischen, psoriasiformen Ausschlag. Erst nach langem Suchen findet sich auf der Streckseite des rechten Zeigefingers die Narbe des primären Schankers, den die Frau im achten Monat der Schwangerschaft erworben hatte und der unbeachtet verlaufen war. — Verfasser liefs das Kind an der Brust der Mutter, indem er davon ausging, dafs es bereits syphilitisch auf die Welt gekommen sei.

Akute Vergiftung nach Ausspülung der Urethra mit einer Lösung von Quecksilbercyanür, von Sarda-Toulouse. Der Patient, ein 50jähriger Tagelöhner, bekam nach einer einmaligen Ausspülung seiner Urethra mit Quecksilbercyanür (1,25 : 1000,0) eine heftige Blasenreizung mit Hg-Vergiftung; häufige Durchfälle, Stomatitis, Gingivitis und Schwellung nebst Ulcerationen der Zunge, so dafs das Leben eine Zeit lang bedroht schien. Man ist seitdem auf der Toulouser Klinik von den Quecksilberausspülungen ganz abgekommen,

Pityriasis versicolor mit periodischer Abblassung, von A. Coffin. Die 26jährige, durch häufige Bronchitiden geschwächte Patientin hatte sich in einjähriger Ehe durch Ansteckung von ihrem Mann eine Pityriasis versicolor erworben. Diese Pityriasis verblafste fast gänzlich beim Beginn jeder Regel, um nach den ersten 24 Stunden wiederzukehren.

Türkheim-Hamburg.

Bücherbesprechungen.

Handatlas der Hautkrankheiten für Studierende und Ärzte, von Prof. M. Kaposi. II. Abteilung, I—M (Ichthyosis — Myomata cutis.) (Wien u. Leipzig, Wilhelm Braumüller, 1899.) Die erste Abteilung dieses Handatlas, welche schon vor circa 1½ Jahren erschien, hat in diesen Blättern bereits eingehende Besprechung gefunden. Die hier vorliegende zweite Abteilung reiht sich in der Klarheit der Bilder würdig der früheren an, sie enthält in 126 Chromotafeln die Hautaffektionen, welche in der alphabetischen Reihenfolge von Ichthyosis bis Myomata cutis reichen. Die Ichthyosis, die wohl noch häufig als solche nicht erkannt wird, ist in 10 Abbildungen dargestellt. Bezüglich der Fälle von Impetigo herpetiformis ist zu erwähnen, dafs einige derselben grofse Ähnlichkeit mit serpiginösem Syphilid haben. Besonderes Interesse verdienen die 15 Abbildungen über Lepra (Pigmentosa, Anaesthetica), welche grofsenteils norwegischen Patienten entnommen sind. Die zwei Fälle von Lentigo penis et natum beweisen, das die Sommersprossen unabhängig von dem Einflufs der Sonne entstehen. Die verschiedenen Formen von Lichen, deren genaue Kenntnis bekanntlich der Wiener Schule vor allem zu danken ist, sind mit 23 Tafeln illustriert. Lichen ruber amminatus auf Tafel 162 und 168 ist nicht leicht als solcher zu erkennen und eine Verwechselung mit luetischem Geschwür oder Pemphigus im Gesicht wohl möglich. Sehr interessant sind die Fälle von Lymphodermia perniciosa und jener von Leucaemia cutis, erstere eigentümliche Schwellung des Gesichtes und des Oberkörpers wurde zuerst von Kaposi beobachtet und ist vielleicht nur das Anfangsstadium der Mycosis fungoides. Sehr instruktiv sind die 12 Abbildungen über Lupus erythematosus, drastisch dargestellt die schrecklichen Verheerungen, welche der Lupus vulgaris (20 Tafeln) verursachen kann; hervorzuheben wären die Fälle von Lupus der Schleimhäute wie beider Conjunctivae oculi, wovon mehrere Fälle abgebildet sind, der Mundhöhle, des Kehlkopfes u. s. w. Die verschiedenen Formen vou Molluscum (contagiosum und non contagiosum) sind in neun Abbildungen wiedergegeben; von zwei Tafeln zeigt u. a. die eine ein Molluscum congenitum (Endothelium) in massenhafter Ausdehnung am Kopfe eines Mannes und die zweite dieselbe Affektion in etwas geringerer Extensität am Kopfe von dessen Tochter. Eine Tafel ist der Morphaea gewidmet, der sehr seltenen und häufig der Lepra oder Syphilis zugezählten Affektion, welche in verschieden grofsen, rot umrandeten, in der Mitte weifsen oder atrophisch-pigmentierten Flecken besteht und von Wilson und Kaposi als eigene Krankheit angeführt wird. Den Schlufs dieses Bandes bilden vier treffliche Abbildungen über Mycosis fungoides und deren verschiedene Stadien und eine Tafel über Hautmyome (am Unterschenkel). *Stern-München.*

Nahrungsmittel und Ernährung der Gesunden und Kranken, von Dr. Felix Hirschfeld, Privatdozent an der Universität Berlin. (Berlin, August Hirschwald, 1900.) In diesem 260 Seiten starken Buche bringt der Verfasser, welcher sich auf dem Gebiete der Stoffwechseluntersuchungen schon einen achtbaren Namen geschaffen hat, das Wissenswerteste über die Zusammensetzung und Wichtigkeit der verschiedenen Nahrungsmittel und über die Ernährung der Gesunden und Kranken, wobei letzteres Thema natürlich blofs schematische Besprechung erfahren konnte. Nach einleitenden Kapiteln über den Stoffwechsel der Menschen, die Me-

thoden zur Bestimmung des Stoffumsatzes, die Ergebnisse der Stoffwechseluntersuchungen, den Nähr- und Geldwert, sowie die Verdaulichkeit der Nahrungs- und Genufsmittel folgt die eingehende Besprechung der einzelnen Nahrungsmittel, wie Milch, Käse, Butter, Eier, Fleisch und deren Wichtigkeit für die Ernährung. Auf Einzelheiten dieses physiologischen Themas, das im allgemeinen in den letzten Jahren wenig Neuerungen erfahren hat, kann hier nicht eingegangen werden. Das Kapitel: Alkoholartige Getränke ist besonders eingehend besprochen und nach H. nehmen die Alkoholika eine besondere Stellung zwischen den Nahrungs- und Genufsmitteln ein; im Gegensatz zu der jetzt unter den Ärzten immer mehr zunehmenden Strömung, welche den Alkohol nur letzteren zurechnen will, führt H. an, dafs durch Zersetzung des Alkohols im Organismus Kraft gewonnen wird und dementsprechend andere Stoffe vor der Oxydation bewahrt bleiben. „Der Arbeiter, der nach ermüdender Muskelthätigkeit nach dem Branntwein greift, thut dies vielleicht auch deshalb, weil er so ein bequem aufzunehmendes, nicht allzu teueres Nährmittel genieſsen will, das gewissermafsen die Würze der voluminösen, vegetabilischen Kost darstellt.“ Auch auf die Verdauung soll der Alkohol, in kleinen Quantitäten getrunken, dadurch einwirken, dafs er die motorische Thätigkeit des Magens fördert. Die Gesamternährung der Kinder und Erwachsenen, letzterer unter verschiedenen Verhältnissen, in Zuchthäusern, in Volksküchen, in Krankenhäusern, die Kost der Soldaten wird sodann in einzelnen Kapiteln besprochen, wobei dem Nährwerte der verschiedenen Nahrungsbestandteile die entwickelten Kalorien als Hauptunterlage dienen. Die Krankenhauskost teilt H. in vier Formen, die erste mit 2600 Kalorien Nährwert, wobei 80—85 g Eiweifs, 85 g Fett und 340 g Kohlehydrate zur Verwendung kommen, die zweite mit 2260 Kalorien (70 g Eiweifs, 80 g Fett, 300 g Kohlehydrate), die dritte mit 600 und die vierte Form mit 800 Kalorien; letztere beiden bestehen beinahe ausschliefslich aus flüssiger oder schleimig-flüssiger Kost.

Die Krankenernährung bildet den zweiten, wichtigeren Hauptabschnitt des Buches. Als Hülfsmittel der Krankenernährung kommen in erster Linie die (künstlichen) Nährpräparate in Betracht, welche der Reihe nach von H. besprochen werden, den höchsten Eigelbgehalt hat der Fleischsaft Puro, d. h. etwa 20 % (nach den neuesten Angaben der Fabrikanten sogar 21,25 natürliches und 36,6% Gesamteiweifs. Ref.). H. giebt jedoch sein Urteil über die künstlichen Nährmittel, mag es sich um Tropon, Sanatogen, die Fleischsäfte oder um die verschiedenen Mehle von Nestle, Kufeke u. s. w., um Kraftbier oder Kraftbrot handeln, dahin ab, dafs sie in den meisten Fällen entbehrlich sind und dafs es wohl eher gelingt, durch eine zweckmäfsige Auswahl mit den sonst üblichen Nahrungsmitteln eine reichliche Ernährung auch bei herabgesetzter Verdauung zu ermöglichen. Auf die künstlichen Nährmittel, besonders die Kaseinpräparate (Eukasin, Nutrose, Sanatogen, Eulaktol), deren Geschmack gegenüber den Peptonpräparaten ein sehr verbesserter sei, empfehle sich nur dann zurückzugreifen, wenn Widerwillen gegen die üblichen Speisen, vor allem gegen Fleisch oder die Milch vorhanden sei. Die künstliche Ernährung mittelst der Schlundsonde, vom Mastdarme aus (Nährklystiere), durch Einspritzung unter die Haut u. s. w. wird in einzelnen Kapiteln besprochen, sodann die Ernährung bei fieberhaften Krankheiten, bei welchen H. weder zu reichlicher Ernährung noch zu grofser Flüssigkeitszufuhr das Wort redet. Es folgen nun die Ernährungsarten bei den verschiedenen Krankheiten des Verdauungskanals, von welchen uns die Ernährung bei Nierenkrankheiten und Erkrankungen der Harnwege besonders interessieren. Einschränkung der Fleischkost, wenn auch nicht völliges Verbot derselben, Milchdiät, jedoch nicht ausschliefsliche, sind bei ersteren zu empfehlen:

Rahm (mit Thee oder Kaffee) und Butter sollen sich besonders für Nierenkranke eignen, von den Kohlehydraten vor allem Reis. Was die Regelung der Flüssigkeitszufuhr betrifft, so warnt H. vor allzu grofser Beschränkung derselben, da bei der mangelhaften Thätigkeit der Nierenepithelien die reichliche Durchspülung gewissermafsen ein ausgleichendes Hülfsmittel sei. Als Schema kann ein Speisezettel, wie er nach diesen Erwägungen aufgestellt ist, für chronische Nierenentzündung dienen. Ein weiterer wichtiger Abschnitt ist die Ernährung bei Stoffwechselkrankheiten. Bei Gicht gelten die bekannten Grundsätze, die Bildung der Harnsäure einzuschränken (verminderter Genufs von Fleisch und reizenden Speisen, wie Käse, Alkohol), ihre Ausscheidung zu fördern (reichliche Flüssigkeitszufuhr) und möglichst günstige Lösungsbedingungen herbeizuführen. Bei uratischer Diathese ist vorwiegend vegetabilische Diät, bei der ziemlich selten vorkommenden Oxalurie und Phosphaturie im Gegenteil vorwiegend Fleischnahrung zu empfehlen. Bei Zuckerkrankheit liegt die Hauptschwierigkeit der Ernährung in der Beschränkung der Brotzufuhr; es sollen pro Tag nicht mehr wie ca. 100 g Kohlehydrate gegeben werden, wovon mindestens die Hälfte auf Brot entfällt. Es wurden daher eine Anzahl Ersatzpräparate für das Brot angegeben, von welchen H. aber nicht viel hält; das von Ebstein so warm empfohlene Aleuronatbrot hat nach H.s mehrmaligen Untersuchungen nie einen Kohlehydratgehalt unter 45%, so dafs man davon höchstens 115 g, vom gewöhnlichen Brot ca. 100 g gestatten dürfte. Die von Fürbringer empfohlene Erdnufs (Arachis hypogaea), welche 47% Eiweifs, 19% Fett und 19% Kohlehydrate enthält, kann nur zeitweise (am besten geröstet, in Form von Suppen, aber nicht zur Brotbereitung) wegen der bald sich einstellenden Abneigung angewandt werden; auch ist ihr Preis ein sehr hoher. Den mäfsigen Alkoholgenufs dürfe man, glaubt H., dem daran gewöhnten Diabetiker ebensowenig wie dem Nierenkranken verbieten. Von Fleisch sollte das durchschnittliche Mafs 500 g pro Tag sein (Kostenpunkt bei Armen!). Ein kurzes Kapitel ist der Ernährung bei Erkrankungen der Haut und der Geschlechtsorgane gewidmet. (Referent steht nicht auf dem Standpunkt H.s, der mit dem Verbote von Käse, stark fetthaltiger Nahrung, der Alkoholika und sehr reichlicher Mahlzeiten alles für erschöpft hält, was die Diät vermag, sondern es dürfte auch bei reinen Dermatosen, wo ein Zusammenhang mit Erkrankung innerer Organe nicht erwiesen ist, vieles von geregeltem Stuhlgang, Vermeidung stark saurer oder gewürzter Speisen u. s. w. abhängen.) Bei Impotenz der Männer ist von grofser Wichtigkeit vorwiegende Eiweifskost und Alkoholika in mäfsiger Menge. Die Schlufskapitel des inhaltsreichen Buches bilden die Ernährung bei Krebs-, diejenige bei Knochen- und schliefslich bei Nervenkrankheiten.

Stern-München.

Die Prostitution. Ein Beitrag zur öffentlichen Sexualhygiene und zur staatlichen Prophylaxe der Geschlechtskrankheiten, von C. Ströhmberg-Dorpat. (Stuttgart, Ferdinand Enke. 1899.) Das Studium der vorliegenden Arbeit kann allen Ärzten nur aufs Wärmste empfohlen werden. In grofsem Zuge schildert der Verfasser, ein Teilnehmer der Brüsseler Konferenz, welcher das Werk seine Entstehung verdankt, die Entwickelung, das Wesen, die Gefahren und die Verbesserungsfähigkeit des Prostitutionswesens. Gestützt auf das verhältnismäfsig allerdings kleine Material der Dorpater Prostituierten, betont Ströhmberg den Zusammenhang zwischen Degeneration, Verbrechen und Prostitution; während im allgemeinen gegenüber früheren Jahrhunderten das Niveau sittlicher Anforderungen sich gehoben hat, ist in dem Verhältnis des Staates und Volkes gegenüber der Prostitution im Laufe der Zeit wenig Veränderung erfolgt, wenn auch das Ansehen der Hetären des klassischen Altertums und das öffentliche Hervortreten der Prostituierten des Mittelalters bei festlichen Aufzügen

einer nur stillen Duldung Platz gemacht hat. Die angeborenen Defekte machen die Prostituierte unheilbar, was sie auch von der ehrbaren Frau unterscheidet. Alle künstlichen Maßnahmen vermögen keine Heilung dieser Staatskrankheit zu garantieren, ebensowenig wie auf Degeneration basierte Geisteskrankheiten einer Therapie kurativer Art zugänglich sind. Erst wenn die thatsächlich zunehmende Sittlichkeit dem Gedanken der Keuschheit des Mannes mehr Anhänger gewonnen hat, wird die Prostitution ihrer Quelle beraubt werden und allmählich verschwinden. Bevor wir das aber erreichen, muß der Staat gegen die für Gesundheit und öffentliche Moral drohenden Gefahren der Prostitution einschreiten. Bezüglich der Vorschläge Ströhmbergs wäre folgendes hervorzuheben: Ärztliche und administrative Kontrolle sind gleichzuordnen. Erstere hat in einer individualisierenden kontinuierlichen Beobachtung und Behandlung zu bestehen, wobei auf genaue Anamnese Wert zu legen ist. Die Prostituierten eines Ortes sind in bestimmten Gruppen von einem einzigen Arzt zu untersuchen und zu behandeln. Jedem dieser Ärzte muß eine Ambulanz und klinische Station zur Verfügung stehen. Bei Lues wie Blennorrhoe ist eine gemischte ambulatorisch-stationäre Behandlung nötig. Der Nutzen der Bordelle ist nach Verfassers Ansicht nur ein scheinbarer. Nicht daß deren Bewohnerinnen gesunder wie freiwohnende Prostituierte wären. Nein, sie sind nur leichter zur Kontrolle anzuhalten. Registrierung und Streichung der Prostituierten in den Listen sind durch ein Kollegium zu verhängen bez. zu bewirken. *Hopf-Dresden.*

Mikroskopische Technik zum Gebrauch bei medizinischen und pathologisch-anatomischen Untersuchungen, von Prof. Dr. Carl Friedländer. Sechste vermehrte und verbesserte Auflage von Prof. Dr. C. J. Eberth. Mit 86 Abbildungen im Text. (Berlin, 1900. Fischers medizinische Buchhandlung, H. Kornfeld.) Das Erscheinen einer sechsten Auflage der Friedländerschen „Mikroskopischen Technik" beweist, daß dieses vortreffliche Werk neben den zahlreichen, in neuester Zeit erschienenen kleineren und größeren Handbüchern der Mikroskopie seinen wohlverdienten Ruf behauptet hat. Derselbe beruht wohl nicht zum wenigsten darauf, daß die Verfasser — nach Friedländers Tode übernahm Professor Eberth in Halle die Bearbeitung — im Gegensatze zu manchen anderen Lehrbüchern nur die bereits allseitig bewährten Untersuchungsmethoden aufgenommen haben. Unnötiger Ballast ist so vermieden worden, wodurch das Werk vorzüglich für den Anfänger und den praktischen Arzt brauchbar wird. Von den drei Abschnitten (Mikroskop und dessen Nebenapparate, S. 1—26; Untersuchungsmethoden, S. 27—170; Spezieller Teil, einzelne Gewebe und Organe, S. 171—348) ist besonders ausführlich und außerordentlich praktisch die allgemeine Methodik der mikroskopischen Untersuchung bearbeitet worden. Trotz der konservativen Tendenz des Buches hätten die litterarischen Angaben etwas reichlicher ausfallen können. So vermißt man ungern im Kapitel „Bindesubstanzen" die wichtige Arbeit von Taenzer: „Über die Unnasche Färbungsmethode der elastischen Fasern" (diese Zeitschrift 1887, S. 397.) *I. Bloch-Berlin.*

Rezeptsünden und ihre Folgen, von C. Binz. (Hirschwald, Berlin. 1899.) Ein lehrreiches Memento für den Arzt, stets deutlich seine Rezepte zu verschreiben, genau zu signieren, die Maximaldosen zu beachten, nicht Mittel mit einander zu mischen, die chemische Umsetzungen eingehen, und vor allem das geschriebene Rezept nicht aus der Hand zu geben, ohne es noch einmal durchgesehen zu haben.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Die Traumen der Harnröhre des Mannes. Historische, anatomische und klinische Untersuchung von M. A. Wasiliew. I. Teil. (Hirschwald, Berlin. 1899.) In eingehendster Form behandelt die vorliegende Studie das im ganzen wenig bear-

beitete Gebiet der Traumen und Verengerungen der Urethra. Zunächst giebt Verfasser eine interessante historische Darstellung des Themas, dabei bis auf Galen zurückgreifend, unter Berücksichtigung der grofsen Litteratur, die bei jedem Abschnitt übersichtlich zusammengestellt ist. Bevor er in den klinischen Teil eintritt, behandelt er sodann die Anatomie und Physiologie der menschlichen Harnröhre, dabei die wichtigsten Punkte heraussuchend. Er stützt sich dabei auf gründliche eigene Untersuchungen. Der klinische Teil behandelt das Material in folgender Reihenfolge: 1. Schnittwunden, 2. Stichwunden, 3. Rifswunden (Bifswunden, Luxationen und Frakturen des Gliedes, falsche Gänge), 4. Verletzungen durch Abschnürungen und Einklemmungen durch fremde Körper, 5. Verletzungen durch Kontusion, 6. Verletzungen bei Beckenfrakturen, 7. Verletzungen bei Beckenluxationen, 8. Schufswunden. — In dem vorliegenden ersten Teil sind die Schnitt- und Stichwunden in zwei Kapiteln abgehandelt. — Die Schilderung der Schnittwunden bringt in mancher Beziehung interessantes, da dabei natürlich auch die zu rituellen Zwecken ausgeführten Eingriffe (Beschneidung, Entmannung) berücksichtigt werden. Bei den Stichwunden hätte man eigentlich erwartet, die Läsionen besprochen zu finden, die durch Katheterisieren und Bougieren entstehen; wahrscheinlich werden dieselben in dem folgenden Teile abgehandelt werden. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Syphilitische Krankheiten des Rückenmarks, von Williamson-Manchester. (Sherratt & Hughes, Manchester, 1899.) Das Werk kann als eine willkommene Ergänzung zu Gilles de la Tourettes Arbeiten betrachtet werden. Der Verfasser beschränkt sich im vorliegenden Buche nur auf die Erkrankungen, welche das Centralnervensystem durch acquirierte Lues erleidet, und geht der Reihe nach Klinik, pathologische Anatomie, Diagnose und Therapie der einzelnen Affektionen durch. (Syphilitische Wirbelerkrankungen, Meningitis, Meningomyelitis, akute syphilitische Paraplegie, erbsyphilitische Spinalparalyse, gummöse Prozesse des Rückenmarks und der Meningen, Tabes, Pseudotabes u. a.) Unter 14575 Kranken und 2456 Nervenkranken des Manchester Krankenhauses beobachtete man in zehn Jahren nur 32 Fälle von spinaler Syphilis, neben 118 Fällen lokomotorischer Ataxie. Günstigstes Alter für syphilitische Spinalerkrankungen sind die Jahre zwischen 20 und 40; die meisten der von Williamson beobachteten Affektionen der Medulla stellen sich während der ersten fünf Jahre nach der Infektion ein. (Zwei Fälle vor einem und je ein Fall nach 6, 7, 8, 9, 13, 18, 25 und 27 Jahren.) In der Mehrzahl der Williamsonschen Fälle von spinaler Lues waren die ersten Zeichen der Syphilis bei der Infektion relativ leichte und die spezifische Therapie eine nur kurze. Die Syphilis bringt folgende Arten von Läsionen hervor: a) Erkrankungen der Blutgefäfse: Endarteriitis, Periarteriitis, Endophlebitis, Periphlebitis; b) partielle oder totale Verlegung der Gefäfse durch Thrombosierung oder Verdickung der Gefäfswände mit folgender Erweichung, Degeneration oder Hämorrhagie; c) Entzündung der Meningen oder des Marks; d) gummöse Infiltration dieser Gebilde; e) wirkliche Gummen; f) sekundäre Sklerosierung; g) postsyphilitische chronische Degeneration — Ataxia locomotoria. Die Prognose der spinalen Lues ist günstiger als die anderer Spinalerkrankungen und als die der Lues cerebrospinalis. Am günstigsten ist sie bei Affektion nur der Rückenmarkshäute, am ungünstigsten bei Ergriffensein gröfserer Querschnitte von Marksubstanz, wie z. B. bei der akuten syphilitischen Quermyelitis oder Paraplegie mit Lähmung beider Beine, sowie der Blasen- und Mastdarmmuskulatur. Je länger die Affektionen bestehen, um so rebellischer zeigen sie sich gegen spezifische und andere Therapie. Am besten wirken Merkur und Jod zusammen gegeben. Täglich ein Bad. Unterstützung der Kur gewährt der elektrische Strom (leichtes Galvanisieren) und sanfte Massage.

Hopf-Dresden.

Prostitution und Frauenkrankheiten. Hygienische und volkswirtschaftliche Betrachtungen von Prof. Flesch. (Johannes Alt. Frankfurt a. M., 1898. 2. Aufl.) Eine hochbeachtsame Schrift! In klarer überzeugender Weise giebt der bekannte Frankfurter Gynäkologe in der vorliegenden Arbeit einen Rückblick, Einblick und Ausblick vom Gebiete der sexuellen Hygiene, Prophylaxe und Moral. Ausgehend von der medizinischen und volkswirtschaftlichen Bedeutung der Geschlechtskrankheiten, weist der Verfasser nach, dafs die heutige Bekämpfung derselben keine einheitliche und konsequente ist, auch dem Stande unserer wissenschaftlichen Erkenntnis ebensowenig entspricht, als den Forderungen staatsbürgerlicher Gleichberechtigung. Die Bedeutung der Geschlechtskrankheiten, insonderheit des lange gering geschätzten Trippers für die Ehe wird vom Verfasser eingehend erörtert. Die polizeiliche und sanitäre Kontrolle der Prostitution erklärt er für einen Notbehelf gegenüber dem Zwange der sozialen Verhältnisse, die dem geschlechtsreifen Manne das Heiraten erschweren. Ist die Prostitution unentbehrlich — und das mufs für heute zugegeben werden, so ist ihre Behandlung der Willkür administrativer Behörden zu entziehen und gesetzlich festzulegen, auch mufs sie Prostituierten wie deren Klienten in gleicher Weise Schutz gewähren. Verbesserungsfähig ist die Reglementation, wie sie jetzt geübt wird. Statt der Zwangsheilung bei inkurablen Leiden verlangt Flesch die Entziehung der Licentia stupri. Alle diese Verbesserungen sind jedoch keine Idealzustände. Vielmehr mufs durch Hebung des Sittlichkeitsbegriffes unter den Männern sich allmählich ein sittliches Niveau herausbilden lassen, das den Beweis dafür liefert, dafs der Mensch vermöge seiner Überlegenheit gegenüber den Tieren wohl im stande sein sollte, den Geschlechtstrieb in gewissen Grenzen zu halten. Die Schrift Flesch's verdient mit ihrer ernsten Darstellung die gröfste Beachtung und ist zur Lektüre warm zu empfehlen. *Hopf-Dresden.*

Mitteilungen aus der Litteratur.

Syphilis.

Einige chirurgische Betrachtungen über Syphilis, von Frank Hartley-New York. (*Med. News.* 23. und 30. Sept. 1899.) K. giebt hier einen allgemeinen Überblick über die syphilitischen Erkrankungen, welche an Muskeln, Sehnen und Sehnenscheiden, Schleimbeuteln, Knochen, Gelenken, Lymphdrüsen und Mastdarm vorkommend, hauptsächlich, wie H. glaubt, in die Behandlung des Chirurgen gelangen und oft zu diagnostischen Irrtümern Veranlassung geben. Die Zunge, ein muskuläres Organ, ist der Lieblingssitz für das Syphilisgranulom und wenn noch diffuse Infiltration vorhanden ist mit gleichzeitiger Ulceration, so ist die Diagnose keine schwierige. Ist jedoch ein circumscriptes Gumma tief in der Zungenmuskulatur, über welcher die Schleimhaut noch intakt ist, vergraben, so ist die Unterscheidung von Abscessen, Sarkom, Fibrom, primärer Tuberkulose und Aktinomykose oft eine sehr schwierige. Die bei Syphilis vorkommenden Muskelaffektionen sind im allgemeinen Späterscheinungen und bilden entweder eine umschriebene Masse oder eine diffuse Bindegewebsinduration; ihr Wachstum, langsam und schmerzlos oder rasch und schmerzhaft, ist mit einer mehr oder weniger konstanten Muskelkontraktur verbunden, die Gröfse der Geschwulst wechselt von der einer Wallnufs bis zu einer Faust, meist

ist der Sternocleidomastoideus, weniger häufig sind die anderen Hals-, die Oberarm- und -Schenkel, die Brustmuskeln befallen. Nach Esmarch besteht in der Hälfte aller Fälle von sogen. Muskelgeschwülsten eine einzige umschriebene Affektion und dann ist die Diagnose eine schwierige. Besonders schwer zu unterscheiden von Syphilomen sind die Angiome in der Tiefe der Muskeln, Lipome, kalte Abscesse, Lymphome. Letztere kommen als ungewöhnliche Affektionen sowohl bei den erworbenen wie bei der hereditären Syphilis vor, klinisch können diese Drüsen entweder hart (Sclerose) oder weich (Gummata) sein. H. beschreibt genauer 2 Fälle eigener Beobachtung, welche eine 32jährige Frau und einen 28jährigen Mann betrafen; die Lymphome traten 5, resp. 6 Jahre nach dem Primäraffekt kettenweise am Halse auf. Der gröfste Teil der Drüsen verschwand unter Quecksilber- und Jodkalium-Gebrauch, während einige in der regio submaxillaris hart und sklerotisch blieben und exzidiert wurden. Leukämische Lymphome und Lymphdrüsen bei ererbter Syphilis können leicht verwechselt werden und nur die Blutprobe die Diagnose sichern. Die Tonsille (als Teil des Lymphsystems) ist nicht selten der Sitz primärer Läsion; weniger häufig, aber von gröfserer Wichtigkeit sind Ulcerationen der Tonsille als Folge von Gumma bei erworbener oder ererbter Syphilis; die Unterscheidung zwischen wirklicher Neubildung (Lymphosarkom, Epitheliom) und Syphilom ist dann oft schwierig. Früherscheinungen der Syphilis an der Brust kommen ebenfalls vor, Stenz berichtet über einen Fall tertiärer Syphilis der Brust, die als Krebs bei einer 50jährigen Frau entfernt worden war. Lancereaux und Langenbeck gebührt das Verdienst, zweierlei Formen genau unterschieden zu haben: 1. die einfache syphilitische Mastitis, welche auch beim Manne vorkommt, ohne die Haut zu verletzen, in der sog. Sekundärperiode sich schnell einstellt und auf spezifische Behandlung völlig zurückgehen kann, und 2. die gummöse Mastitis, welche, als harter, tauben- bis gänseeigrofser Tumor in der Brust vorkommend, wenig oder keinen Schmerz verursacht, lange Zeit ohne Erweichung bestehen kann oder zu einem charakteristischem Geschwür aufbricht. Den bis jetzt veröffentlichten 47 Fällen dieser Art fügt H. zwei weitere eigener Beobachtung bei einer 37- und 20jährigen Frau hinzu, bei ersterer war die Annahme eines Brustkrebses sehr naheliegend, heilte aber vollständig auf Jodkalium ohne Operation. Im zweiten Falle handelte es sich um Tuberkulose der rechten Brust, die Geschwulst von circa Taubeneigröfse wurde operativ entfernt, es trat jedoch Recidiv an der anderen Seite ein und Patientin starb zwei Jahre später an Lungentuberkulose. Aktinomykose der Brust kommt primär nicht vor, jedoch sekundär von der Haut aus und ist schwer von Syphilom und Tuberkulose zu unterscheiden (mikroskopische Untersuchung). Es kommen ferner differentialdiagnostisch in Betracht Fibrome, Adenome, Cystoadenome, Cystocarcinome, Sarkom und Cysten. Was die syphilitischen Gelenkaffektionen betrifft, so hält es H. für kaum möglich, dafs die akute, multiple Synovitis, welche während des Primärstadiums und mit leichtem Fieber auftritt, für akuten Gelenkrheumatismus gehalten werden kann. Die subakute oder chronische Synovitis serosa, welche in den späteren Stadien der erworbenen Syphilis vorkommt, ist histologisch anfangs eine seröse Entzündung und wird später eine papilläre Synovitis mit zuweilen folgenden Defekten in den Knorpeln der Gelenke. Diese Gelenkaffektionen entstehen im allgemeinen ohne Verletzung, sind mehr oder weniger schmerzhaft und die Flüssigkeit im Gelenke ist meist eine abundante. Unterscheidung von tuberkulösem Hydrops, Arthritis deformans monarticularis und chronischem Gelenkrheumatismus ist meist durch genauere Anamnese und Krankheitsverlauf möglich, bei der deformierenden monartikulären Arthritis geht meist eine Verletzung voraus. Die dritte Art, welche relativ am leichtesten zu erkennen ist, ist die gummöse Synovitis oder Arthritis. Die vierte Art besteht in sekundär von Periostitis und

Osteomyelitis ausgehender Gelenkaffektion und nimmt denselben Verlauf wie die vorgenannte; ihre Diagnose beruht gewöhnlich auf jener der Knochenaffektion. Bei hereditärer Syphilis sind die Gelenke häufiger ergriffen als gewöhnlich angenommen wird, 37% aller Kinder mit Keratitis bei Syphilis hereditaria haben kranke Gelenke, 88% davon treffen auf das Kniegelenk, 59% sind doppelseitig. Wenn die letztgenannten drei Arten in der späten Krankheit vorkommen und das gummöse Stadium erreicht haben, so kann eine Verwechselung mit Tumor albus möglich sein. Doppelseitige Erkrankung am Knie, Ellenbogen und Fufsgelenken sprechen immer mehr für Syphilis, bei welcher die Gelenke auch beweglicher und Schmerz und Schwellung an den Knochenenden ausgeprägter sind wie bei Tuberkulose. Die Knochen sind bei der erworbenen wie der ererbten Syphilis primär affiziert, und bei der letzteren trifft man dies meist zwischen fünf und zehn Jahren, ist aber auch schon bis zum 28. Lebensjahr gefunden worden. Diese syphilitischen Knochenveränderungen haben die Form von Exostosen und Hyperostosen, letztere besonders an den Knöcheln. Die rasch wachsenden Gummata der langen Knochen werden nicht selten mit Tuberkulose oder Sarkom verwechselt und fälschlicherweise als Neubildungen chirurgisch entfernt; K. führt solche Fälle aus der Praxis von Langenbeck, Küster und seiner eigenen an. Der Mastdarm ist häufig der Sitz von Syphilis und nicht selten in der Annahme eines Carcinoms entfernt worden. Mikroskopische Untersuchung ist sehr wichtig, ferner ist das Characteristicum von Syphilis des Mastdarms, dafs die ringförmigen Strikturen nahe über dem Sphincter internus sich finden. Im allgemeinen hat bei Syphilomen die Art des Wachstums nur wenig diagnostischen Wert, die einen wachsen rasch, speziell, wenn bereits eine Operation vorgenommen worden ist, andere wachsen langsam, bis sie aufbrechen und das charakteristische Geschwür zeigen; auch die Konsistenz der Syphilome hat nicht viel diagnostischen Wert, da sie je nach dem Verhältnis der Zellen zu dem fibrösen Gewebe weich oder hart sein können; bestehen sie ferner aus einem einzigen Gumma, so sind sie weich auf Berührung, sind sie aus einer Reihe kleiner Gummata zusammengesetzt, so fühlen sie sich knotig und hart an. Auch die mikroskopische Diagnose läfst manchmal im Stich und nur sorgfältige Erwägung aller Einzelheiten sowohl im Status wie in der Anamnese vermögen zuweilen über die Natur der im vorstehenden beschriebenen Affektionen annähernd sicheren Aufschlufs zu geben. Weitere Details müssen in der sehr lesenswerten Originalarbeit nachgesehen werden. *Stern-München.*

Die Vererbung bei der Syphilis, von Raymond-Montpellier. (*Progrès méd.* 19. Aug. 1899.) Verfasser bespricht die möglichen Arten von Übertragung der Syphilis von Eltern auf Kinder, ohne etwas Neues zu bringen. — Syphilis hereditaria paterna, materna, mixta. Deutliche Zusammenstellung aller Theorien und Beobachtungen. *Hopf-Dresden.*

Syphilis: der Schanker, von Thomas. (*Intern. Med. Magaz.* Juli 1899.) Verfasser warnt vor voreiligen Diagnosen, besonders auch vor allzufrüher Allgemeinbehandlung, um keine Syphilidophoben zu züchten, und bespricht dann den Schanker und seine Diagnose in der üblichen Weise, ohne etwas neues zu bringen. Interessierend ist, dafs er die Excision als erfolglos verwirft und dafs er zur Behandlung des Schankers nur Reinlichkeit empfiehlt, Ätzungen aber verwirft; die Hauptsache mufs die Allgemeinbehandlung besorgen. *F. Hahn-Bremen.*

Spätauftretende oropharyngeale Syphilis, von Somers. (*Intern. Med. Magaz.* Juli 1899.) Verfasser beschreibt an drei Fällen die Erscheinungen, welche die Syphilis in ihren Spätformen im Nasenrachenraum anrichten kann. Im ersten fanden

sich milchige Flecke, die teils ulcerierten; im zweiten fand sich ein Gumma am Zungengrund, hervorragend und auf der Höhe mit einem kleinen Geschwür bedeckt; der dritte Fall zeigte ausgedehnte zerfallene Geschwüre gummösen Ursprungs am ganzen weichen Gaumen. *F. Hahn-Bremen.*

Syphilis des Magens, von R. L. Wood. (*Lancet.* 23. September 1899. pag. 857.) Verfasser glaubt den folgenden Fall als eine syphilitische Affektion des Magens diagnostizieren zu dürfen: ein 40jähriger, hagerer Mann, der wegen eines syphilitischen Gummas am Serum mittelst Jodkalium erfolgreich behandelt worden war, erkrankte leicht an Schmerzen in der Magengegend und erlitt bald darauf bei anstrengendem Tragen ein heftiges Stechen, Übelkeit und Blutbrechen. Bei rektaler Ernährung und Darreichung von Tinct. ferr. perchlorid. bei Applikation von Eis aufs Epigastrium trat Besserung ein, und Patient hat sich bei weiterer Jodkaliumbehandlung jetzt bedeutend gekräftigt und fühlt sich subjektiv ganz wohl.

Philippi-Itzehoe.

Die Gefahr der spezifischen Behandlung bei der tabetischen Sehnerven-Atrophie, von L. de Wecker. (*Ann. d'oculistique.* Januar 1899.) Verfasser bekämpft die von Stadelmann kürzlich geäufserte Ansicht von der Möglichkeit der Heilung dieser tabetischen Opticusatrophie durch die Schmierkur. Er teilt nochmals seine immer wieder gemachte Erfahrung mit, dafs diese Affektion nicht nur sich gegen die spezifische Therapie refraktär verhält, sondern sogar durch letztere in ihrem Verlaufe beschleunigt wird. *J. Bloch-Berlin.*

Ein Beitrag zur Keratitis parenchymatosa bei erworbener Lues, von Emil Roubiceck. (*Wien. klin. Rundsch.* 1899. No. 35.) Das Vorkommen der parenchymatösen Keratitis auf Grund erworbener Syphilis ist ein seltenes. Über zwei Fälle berichtet Verfasser. Der erste betrifft eine Luetica, die einige Jahre vorher schwere luetische Erscheinungen seitens des Zentralnervensystems und des Opticus gezeigt hatte. Erst erkrankte die eine Hornhaut, über 1½ Jahre später die andere. — Bei der anderen Patientin stellte sich die Keratitis drei Jahre nach der Infektion ein. — Man unterscheidet drei Typen der auf erworbener Syphilis beruhenden parenchymatösen Keratitis: 1. Keratitis parenchymatosa s. interstitialis diffusa mit wolkiger, ungleichmäfsiger Trübung der Kornea, die meist zentral beginnt und nach der Peripherie fortschreitet, geringer episkleraler Injektion, wenig Lichtscheu. Gefäfse sind nach Alexander vorhanden, nach Valude nicht. Gewöhnlich guter, aber sehr langsamer Verlauf. 2. Keratitis punctata (Mauthner) mit stecknadelkopfgrofsen, grauen Stellen mit gesunder Umgebung in den verschiedenen Schichten der Substantia corneae propria. 3. Eine von Alexander beschriebene Form, die sich von der Mauthnerschen dadurch unterscheidet, dafs sie oft von einer Iritis begleitet ist, dafs die Umgebung der Flecke getrübt erscheint.

Die Unterscheidung der Keratitis interstitialis bei hereditärer Lues von derjenigen bei acquirierter ist schwierig. Von den angeführten differenzierten Merkmalen möchte ich hier nur anführen, dafs bei erworbener Lues die Keratitis häufiger eine einseitige ist, langsamer einsetzt, schneller sich zurückbildet, auf Quecksilberinunktionen prompt reagiert, was bei der hereditären Form nicht der Fall ist. Die Vascularisation, die Schmerzhaftigkeit sind bei der letzteren lebhafter. Oft ist es sehr schwer die Differentialdiagnose zwischen acquirierter und hereditärer Lues bei der parenchymatösen Keratitis zu stellen und man mufs anamnestische Momente zu Hilfe nehmen. (*Wien. klin. Rundsch.* 1899. No. 36.)

Jessner - Königsberg i. Pr.

Über die pathogenetische Bedeutung der Recidive bei syphilitischen Erkrankungen der Augen und die Mittel ihrer Verhütung, von Galezowski. (*Wien. klin. Rundsch.* 1899. No. 31.) Aufser der Iritis begegnet man zahlreichen Augenleiden auf Grund bestehender Syphilis: Choroiditiden mit und ohne Atrophie resp. Glaskörpertrübungen, Netzhautentzündungen, gummöser Skleritis, Opticusatrophie, Lähmung im Bereiche des dritten und sechsten Gehirnnerven. Verfasser fiel es auf, dafs die Augenaffektionen oft immer von neuem recidivierten. trotzdem die antiluetische Kur im übrigen die luetischen Erscheinungen prompt beseitigt hatte. Durch genaue Beobachtungen während 20 Jahren konnte er nun feststellen, dafs die verschiedenen luetischen Augenleiden sich der Kuren gegenüber verschieden verhalten. Die Glaskörpertrübungen trotzten z. B. dem intern gereichten Quecksilber, reagierten aber auf Einreibung von Lanolin - Quecksilber, wenn auch erst nach mehr als drei Monaten der Rückgang sich einstellte. Durch volle zwei Jahre fortgesetzte Einreibungen beseitigten die Trübungen ganz, und dann kann man auch die Syphilis als geheilt ansehen, denn die intraokulären Erkrankungen sind die äufsersten Ausläufer der Syphilis. Das von den Glaskörpertrübungen gesagte gilt von jeder luetischen Choroiditis, Augenmuskellähmung. Die zweijährige Einreibungskur mit täglich 0,5 bis 2,0 Lanolin-Quecksilber bringen Heilung. Nach je 10 Tagen kann man eine viertägige Pause machen. Eine längere Unterbrechung vernichtet den Erfolg vollständig. Das Jodkalium hat bei Syphilis des Auges nicht nur keinen Erfolg, sondern es ist direkt schädlich, da es Konjunctivitis erzeugt. Es hat vielleicht nur die eine Bedeutung, dafs es die Schädigung beseitigt, welche übermäfsiger interner Quecksilbergebrauch hervorruft. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Fall von syphilitischer Orbitalerkrankung, von W. Uhthoff. (*Med. Sect. d. Schles. Gesellsch. f. vaterl. Cult.* Sitzung vom 10. Februar 1899. Nach *Allg. med. Central-Ztg.* 1899. No. 55.) Bei einer 45jährigen Patientin, die unter den Erscheinungen eines rechtsseitigen Exophthalmus, verbunden mit heftigen Kopfschmerzen, kompleter paralytischer Ptosis des rechten oberen Augenlides, stark herabgesetzter Sehschärfe erkrankte, bei welcher aber aufser einer verdächtigen ringförmigen narbigen Striktur im Nasenrachenraum keinerlei syphilitische Symptome nachweisbar waren, gingen sämtliche Erscheinungen unter einer energischen antisyphilitischen Therapie (Ungt. ciner. und 5,0 Kal. jodat. pro die) zurück, so dafs es sich zweifellos um einen syphilitischen gummösen Prozefs in der Tiefe der Orbita gehandelt hatte.

J. Bloch-Berlin.

Im ärztlichen Verein München (*Münch. med. Wochenschr.* 1899. No. 27) demonstrierte Stubenrauch das Schädeldach und das Gehirn einer infolge von septischer Eiterung verstorbenen Frau, bei der 2 Jahre vorher wegen **Schädelsyphilis** bezw. wegen an der durch diese hervorgerufenen Hirnerscheinungen eine Craniektomie gemacht worden war. Bei der Frau hatte sich zuerst über der Pars frontalis des linken Stirnbeins ein gummöser Abscefs gebildet, der incidiert wurde, aber nicht zur Ausheilung kam. Zwei Monate später mufste der Schädelknochen am Grunde der Abscefshöhle freigelegt werden; derselbe liefs sich im Umkreise eines Fünfpfennigstückes leicht mit dem Meifsel durchschlagen: aus dem Schädelraum quoll eine ziemlich grofse Menge käsig-eitriger, mit Granulationen vermischter Massen hervor. Nach wenigen Wochen trat linkerseits mäfsige Gesichtsfeldeinengung und Abducensparese auf, daneben bestand heftiger Kopfschmerz, Schielen, venöse Stase auf beiden Seiten. Es wurde nun das Schädeldach in gröfserer Ausdehnung mit teilweiser Schonung des Periosts reseciert. Der Schädelknochen selbst war gesund, während die Dura auf einer beträchtlichen Strecke mit einem dicken Überzug von zum Teil zerfallenen

Granulationen bedeckt war; diese Wucherung hatte eine sehr bedeutende Depression des Gehirns verursacht. Soweit Granulationsgewebe auf der Dura lag, wurde der Schädelknochen entfernt, so dafs schliefslich ein Knochendefekt von 5½ : 6 cm entstand; die Dura wurde von den gummösen Massen befreit und die Haut über dem Defekt vernäht. Es erfolgte glatte Heilung, die krankhaften Erscheinungen verloren sich ziemlich rasch. Nach ungefähr zwei Jahren ging die Frau infolge von septischer Eiterung zu Grunde. Die Obduktion ergab, dafs der Prozefs im Schädel vollkommen ausgeheilt war; das Gehirn hatte sich wieder ausgedehnt, so dafs die Einsenkung vollständig ausgeglichen war; der Knochendefekt erschien zur einen Hälfte durch Regeneration vom erhaltenen Periost her, zur anderen durch die narbig verdickte Dura geschlossen. *Götz-München.*

Ein Fall von multipler Periostitis acuta syphilitica bei einem 6jährigen Mädchen, von A. Kissel. (*Ztg. f. Pädiat.* 1898. No. 4.) Patientin, 6jähriges Mädchen, erkrankte an recidivierenden Anschwellungen des Periosts einiger Röhrenknochen, welche nach längerem Gebrauche von Jodnatrium innerlich verschwanden, dabei aber höckrige Unebenheiten der Knochen zurückliefsen. Während des akuten Stadiums waren vorübergehend lancinierende Schmerzen vorhanden. Im Laufe der Behandlung zeigte sich einmal am weichen Gaumen ein tiefes Geschwür mit unebenen, unterminierten Rändern und schmutzigem Belag, welches nach 2½ Wochen zur Verheilung kam. Ungeachtet dessen konnte dieses anamnestisch nicht eruiert werden.
Grünberg-St. Petersburg.

Ein Fall von hereditär-syphilitischer Osteitis, von A. James. (*The scottish med. and surg. Journ.* Oktober 1899.) Schon nach der Anamnese, reichliche Kindersterblichkeit und Frühgeburten, ist die Wahrscheinlichkeit grofs, dafs es sich um ererbte Syphilis bei dem Patienten handelt; im Alter von 10 Jahren traten periostitische Verdickungen an den Tibien auf, die sich auf Jodkalium besserten. Mit 18 Jahren starb der Patient, unter Erscheinungen, die auf ein Gumma in der linken Hemisphäre hinwiesen; dies fand sich auch bei der Sektion. Die Tibien, besonders die rechte, zeigten erhebliche Zunahme des Längen- und Dickenwachstums, und auf dem Durchschnitt erwies sich die Markhöhle verkleinert und das Gewebe rarefiziert.
F. Hahn-Bremen.

Syphilis bei einer hereditärsyphilitischen Frau, Dualismus der hereditären Syphilis, von Rendu. (*Presse méd. belge.* 1899. No. 30.) Rendu berichtet über eine 19jährige Frau, welche alle Zeichen der hereditären Lues darbot: geringe Körperentwickelung, grofser Kopf, kahnförmiger Schädel, eingesunkene Nase, chronische Rhinitis, Mifsbildung der Zähne etc. etc., sowie eine wahrscheinlich angeborene Mitralstenose. Verschiedene Fehlgeburten. Bei dieser Patientin wurde dann beim dritten Abortus ein harter Schanker an der linken Schamlippe, Plaques muqueuses auf der Mundschleimhaut und ein disseminiertes papulo-squamöses Syphilid konstatiert. Entgegen den Erwartungen verlief aber die Krankheit in sehr milder Weise. Trotz des Vorhandenseins einer hereditären Lues kam es doch zur Infektion.
C. Müller-Genf.

Einige Fälle von Cerebralsyphilis, von L. Mesnard. (*Ann. de la Policlinique.* 1899. No. 5.) Verfasser legt an der Hand einiger Fälle von Hirnsyphilis dar, dafs diese eine sehr lange Behandlung erfordert, oft von unbegrenzter Dauer. Man darf eigentlich nie aufhören zu behandeln, sonst erlebt man überraschend schnelle Rückfälle. *I. Bloch-Berlin.*

Die Gehirnsyphilis und ihre Behandlung, von Pliqque. (*Presse méd.* 25. Okt. 1899.) Die Syphilis des Gehirns pflegt gewisse Vorboten zu haben, deren Kenntnis von Wichtigkeit ist — Kopfschmerz im Innern des Schädels an einem wohl lokalisierten Punkte, besonders heftig des nachts. Vielfach ist das Merkur hiergegen machtlos, nur Jodkalium selbst in geringen Dosen wirkt prompt. Daneben stellen sich ein Schlaflosigkeit, die auch beim Fehlen des Kopfwehs andauert, Unruhe; Stumpfheit und Schlafsucht am Tage, Gedächtnisschwäche. Alle diese Symptome bessern sich typischerweise durch Jodkaliumgebrauch. Hierzu kommen noch: zuweilen Paresen und Paralysen der Augenmuskulatur von vorübergehender Dauer, Facialisparesen, Dumpfsein im Bereich der grofsen Hirnnerven, einseitige epileptische Krämpfe, Abmagerung, Appetitlosigkeit, Blässe und allgemeine Ermattung.

Die Therapie mufs eine gemischte sein. Die notwendige Höhe der Dosen kollidiert häufig mit der Leistungsfähigkeit des Magens. Hat doch Jullien auf die Häufigkeit der Magenerweiterung bei tertiär Syphilitischen aufmerksam gemacht (29%). In solchen Fällen müssen Ruhepausen die Medikation zeitweilig unterbrechen. Das Merkur wirkt prophylaktisch und bekämpft Rückfälle, das Jodkalium dagegen übt eine direkte Heilwirkung aus. Die Jodkaliumdosen sollen 6—7 g pro die betragen. Von Zeit zu Zeit gebe man 0,4—0,6 g Kalomel. Die Schmierkur braucht bei täglicher Dosis von 5 g Ung. ciner. forte meist die Dauer von 2—3 Wochen nicht zu übersteigen. Bei bedrohlichen Symptomen schalte man eine Einreibung auf das rasierte Schädeldach ein. Bei Coma lege man auf eine durch ein Vesicans erzeugte Wunde des Kopfes einen Salbenfleck von verdünnter grauer Salbe (ʒʒ mit Vaseline). Bei dringenden Fällen rät Verfasser alle 4 Tage, später alle 8 oder 14 Tage Injektionen von Kalomel, in flüssiger Vaseline gelöst (1 : 16). Als Hülfsmittel dienen schwache elektrische Ströme und leichte Massage. *Hopf-Dresden.*

Ein Fall von akuter transitorischer Manie bei einem Syphilitiker, von Charles O'Donovan-Baltimore. (*New York med. Journ.* 3. Juni 1899.) Ein 25jähriger Mann wurde vier Jahre nach dem Primäraffekt, an welchem er regelrecht behandelt worden und welchem keine weiteren Erscheinungen gefolgt waren, plötzlich von Krampfanfällen heftigster Art mit Bewufstlosigkeit befallen, worauf einige Tage später ein ausgesprochen deliröser Zustand mit Selbstmordversuchen u. s. w. ausbrach. Es wurde die Überführung in eine Anstalt nötig, wo Patient bei antisyphilitischer Behandlung nach einem Monat völlig von diesem Leiden befreit war. Die Diagnose hatte anfangs zwischen Epilepsie und Syphilis des Centralnervensystems geschwankt; der nächtliche Ausbruch des Anfalles sprach für beide Affektionen. Doch die Schnelligkeit, mit welcher die Psychose sich verschlimmerte, und die rasche Entwickelung der maniakalischen Erscheinungen trotz hoher Bromdosen begünstigten die Diagnose Syphilis. Die Manie war aufserordentlich heftig, mit wilden Hallucinationen verknüpft und immer schlechter bei Nacht; tagsüber war des Kranken Zustand mehr der der Demenz mit ständiger Wachsamkeit und Furcht, als ob ihm von seinen Familienangehörigen ein Unrecht zugefügt würde. Ob die rasche Besserung von der veränderten Umgebung in der Anstalt oder der antisyphilitischen Behandlung abhing, ist schwer zu sagen. Wie B. selbst schliefslich anführt, kann erst die weitere Geschichte des Falles (ob und welche Art weiterer Nervenerscheinungen auftreten) denselben richtig beurteilen lassen. *Stern-München.*

Gehirn-Rückenmarkssyphilis mit intramuskulären Injektionen unlöslicher Quecksilbersalze behandelt, von J. Coplin Stinson-San Franzisko. (*New York med. Journ.* 2. Sept. 1899.) St. beschreibt eingehend einen Fall von Gehirnsyphilis, der einen 50jährigen Mann (Maler) betraf. Derselbe war im Jahre 1876 infiziert worden,

unterzog sich ärztlicher Behandlung und war dann gesund bis zum Jahre 1897, wo er mit Schwindel, häufiger Übelkeit und Erbrechen erkrankte. Es gesellten sich allmählich paretische Zustände an den Beinen, Sehbeschwerden (Diplopsie), Schlaflosigkeit u. s. w. hinzu. Es wurde eine Injektionskur mit Salicylquecksilber (in steriliesiertem Mandelöl suspendiert ca. 5%) eingeleitet, schon die erste Injektion wirkte wie ein Wunder, die Schmerzen im Kopf und Nacken verschwanden rasch und nach einer Woche konnte Patient seiner Beschäftigung als Maler wieder nachgehen. Die Injektionen wurden nach je achttägigen Pausen wiederholt, es trat völlige Genesung ein, als Nebenerscheinungen traten nach der neunten Injektion Lockerwerden der Zähne und Salivation auf, weshalb mit den Injektionen aufgehört und Jodkalium gegeben wurde. St. hält bei tertiärer Syphilis ebenso wie in den übrigen Stadien der Krankheit eine Quecksilberkur für angezeigt und zwar vier Reihen von Injektionen auf drei Jahre oder länger verteilt, im allgemeinen können bei Gebrauch von Salicylquecksilber wöchentlich zwei Injektionen der 5%igen Lösung gegeben werden, zuweilen wird jedoch auch diese Dosis nicht vertragen und die Patienten bekommen Diarrhoe, nicht selten blutige, Kolikschmerzen u. s. w. In solchen Fällen sollte die Dosis vermindert werden; St. rät ferner zwischen den einzelnen Serien der Injektionen innerlich Jodkalium zu geben (als Prophylaktikum gegen syphilitische Endarteriitis). Bezüglich der Technik der Injektionen empfiehlt St., die Lösung vor jeder Injektion selbst frisch zu bereiten, was natürlich unter streng aseptischen Kautelen zu geschehen hat. Der Patient wird flach auf den Bauch gelegt mit gespreizten Beinen und die Injektionsstelle mit 1:500 Sublimat desinfiziert. Die Injektionsnadel von ca. 5 cm Länge ist ebenfalls zu desinfizieren, die Spritze, welche St. gebraucht, ist eine gewöhnliche Aspirationsspritze von 13 cm Länge und 2 cm Weite. Das Öl soll langsam injiziert werden, wodurch verhindert wird, dafs im Fettgewebe davon sich ablagert, was Schmerzen verursacht. Etwas Aristol oder ein anderes mildes Antiseptikum und darüber ein paar Tropfen Kollodium sollen schliefslich noch zum Verschlufs der Injektionswunde dienen. Abscesse erlebte St. niemals bei dieser Art der Behandlung. Nur, wenn Syphilis mit Dyspnoe verbunden ist, sollte Kokain zur Injektionsflüssigkeit zugefügt werden, wo es in der That von grofsem Vorteil sein soll. Da Patienten mit Nephritis keine grofsen Dosen Quecksilber erhalten sollen, oft sogar kleine nicht vertragen, so ist schliefslich auch die Untersuchung des Urins in regelmäfsigen Zwischenräumen angezeigt. *Stern-München.*

Instruktive Fälle von syphilitischer Meningomyelitis, von Scott Macgregor. (*Edinb. med. Journ.* Sept. 1899.) Verfasser beschreibt vier Fälle von syphilitischer Meningomyelitis, die plötzlich einsetzten, drei führten rasch zum Tode, während der vierte in Genesung auslief. Die Erkrankung des Rückenmarks kann in der Spätperiode der Syphilis eintreten, aber auch schon früh im sekundären Stadium. Die Länge der Zeit ändert nichts an der Schwere der Erkrankung, indes mufs man mit der Prognose doch vorsichtig sein, da Heilung unter spezifischer Behandlung eintreten kann. *F. Hahn-Bremen.*

Über Gummata des Beckens, von Arthur K. Stone-Boston. (*St. Paul med. Journ.* Aug. 1899.) St. berichtet über zwei Fälle von Beckentumoren, welche beide verheiratete Frauen im Alter von 35 resp. 39 Jahren betrafen und von welchen der eine anfangs für Osteosarkom gehalten; der andere jedoch bei Abwesenheit jeder Kachexie diagnostiziert worden war. In beiden Fällen hatte Monate hindurch heftiger Schmerz im Leib, besonders in der Beckengegend, bestanden, bei der älteren Frau ferner starker Schmerz beim Stuhlgang, welcher immer obstipiert war. Die Untersuchung per vaginam und rectum zeigte einen Tumor von der Gröfse einer Mannes-

faust in der rechten hinteren Beckengegend, der in gar keinem Zusammenhang mit dem Uterus und dessen Adnexen stand. Im zweiten Falle mufste die rektale Untersuchung mit Äthernarkose gemacht werden, das Mastdarmlumen war durch den Druck des Tumors, welcher im Gewebe zwischen Vagina, Rectum und Kreuzbein zu liegen schien, sehr verengert, wodurch die erwähnten Schmerzen entstanden. Die Behandlung bestand bei beiden Fällen in interner Joddarreichung und späterer Quecksilberkur (Injektionen) und es trat vollständige Heilung ein. Stone schliefst aus diesen zwei Beobachtungen, dafs wenn auch Gummata des Beckens selten sind, bei jeder Neubildung in Zusammenhang mit Beckenknochen oder -Organen, vorausgesetzt, dafs sie nicht ausgesprochen maligner Natur sind, Syphilis in Betracht zu ziehen ist. Sarkome liegen meist aufserhalb des Beckens, die anderen Tumoren des Beckens, wie Exostosen und Enchondrome können leicht durch genaue Untersuchung ausgeschieden werden, schwieriger ist die Unterscheidung von Fibromen und Echinokokkencysten. Frühzeitige Erkennung und rasche, energische Behandlung ist sehr wichtig für den Patienten; alle Autoritäten stimmen darin überein, dafs Hg ein wichtiger Faktor bei Behandlung der tertiären Syphilis ist. Warum ein Gumma gerade an dieser Stelle sich lokalisiert, ist schwer zu sagen. Eine hypothetische Annahme ist, dafs hartnäckige Obstipation und das Eintreten einer subakuten Entzündung im unteren Teil des Rectum bestimmende Faktoren sind. Das wichtigste Schlufsergebnis aus diesen Fällen von Beckengummata ist für St. die Pflicht des Arztes, wie er schon oft hervorgehoben, bei Jedermann, ohne Rücksicht auf Alter, Geschlecht oder soziale Stellung, Syphilis in Betracht zu ziehen, wo immer ein Fall zweifelhafter Art vorliegt.

Stern-München.

Zur klinischen Diagnose der gummösen Larynxsyphilis, von Blumenau. (*Wratsch.* 1899. S. 1386.) Verfasser bespricht zunächst die Schwierigkeit der Differentialdiagnose zwischen tuberkulösen und gummösen Kehlkopfveränderungen und beschreibt dann zwei Beobachtungen letzterer Art, wo ihm das von Hansemann gefundene, für Syphilis pathognomische Zeichen von Neigung der Epiglottis nach vorn, verbunden mit Unbeweglichkeit derselben, zur richtigen Diagnose verhalf. Gleichzeitig fand sich auch in dem einem Fall eine Atrophie der Zungenwurzel, während in dem anderen Fall darauf zu achten vergessen worden war. Verfasser glaubt, dafs diese beiden Zeichen — Vornneigung der Epiglottis, verbunden mit Unbeweglichkeit derselben, und Atrophie der Zungenwurzel — für die Diagnose der Syphilis in zweifelhaften Fällen von grofser Bedeutung sind. *Arth. Jordan-Moskau.*

Fünf Fälle von Herzsyphilis, von Hartge-Dorpat. (*St. Petersb. med. Wochenschr.* 1899. No. 42.) In allen fünf Fällen Auftreten von Herzerscheinungen auf syphilitischer Basis lange, 13—30 Jahre, nach der Infektion. Heilung durch kombinierte Merkur- und Jodtherapie. Einer der fünf Patienten war gar nicht antisyphilitisch, ein zweiter nur in geringem Mafse entsprechend behandelt worden, während die übrigen drei sich sorgfältigen Kuren wiederholt unterzogen hatten. Trotzdem nach so langer Zeit schwere Herzaffektionen. Verfasser empfiehlt aus diesem Grunde umfassendere Behandlung jeder frischen Lues, über die ersten drei Jahre hinaus. Er selbst läfst die Patienten, nachdem 2—3 Jahre lege artis behandelt worden ist, mehrere Jahre lang in halbjährlichen, weitere Jahre in jährlichen Pausen 3—4 Wochen Jod nehmen und schaltet alle paar Jahre, wenn möglich, eine kleine Inunktionskur ein. Die Vorschläge Hartges sind ja recht beherzigenswert, auf der anderen Seite wird man aber auch bei dieser tristen Prognose quoad sanationem manchen Syphilidophoben schaffen und manche Neurasthenie verschlechtern. Die Herzlues pflegt in dreierlei Formen, welche sich in einem einzigen Falle alle zusammen vorfinden können, aufzutreten: als Gumma

von Linsen- bis Olivengröfse, als Endarteritis luetica und als Myocarditis. Alle drei Stufen weisen manche Übergänge zueinander auf. *Hopf-Dresden.*

Syphilitische Kniegelenkentzündung, von KOEPPELIN-Lyon. (*Lyon méd.* 17. Sept. 1899.) Die Gelenkentzündungen syphilitischer Natur können sowohl bei hereditärer wie erworbener Lues auftreten. Im vorliegenden Falle wird acquirierte Syphilis bestimmt geleugnet, während der Vater der betreffenden Kranken an offenkundiger Syphilis gelitten hat. Totale Heilung der paraartikulären Geschwulst und des Hydrarthros unter Jodtherapie. Wir haben es dabei mit einem synovialen Gumma zu thun. Von spezifischer Therapie unbeeinflufst bleibt die andere Art syphilitischer Arthrosen, bei der es sich um Erkrankungen der Gelenkknochen handelt. *Hopf-Dresden.*

Eine Form von Gelenkaffektion in den späteren Stadien der Syphilis, von A. WHITFIELD. (*Practitioner.* Juni 1899.) W. beobachtete in vier Fällen, bei drei männlichen und einem weiblichen Patienten, im vorgerückten Stadium der Syphilis schmerzhafte Gelenkschwellungen an Hand- und Ellenbogen-, ferner bei letzterer an Knie- und Fufsgelenken, welche sehr hartnäckiger Art waren und erst auf intensive Hg-Einreibung und innerliche Jodkaliumdarreichung zurückgingen. In Anbetracht dieses therapeutischen Effektes und des Umstandes, dafs die Affektion auch mit periostalem Gumma (an der Tibia) verknüpft war und regelmäfsig in den späteren Stadien der Krankheit zum Ausbruch kam, zweifelt W. nicht an der gummösen Natur des Gelenkleidens. FINGER, welcher die beste Beschreibung über die syphilitischen Gelenkaffektionen gegeben hat, teilt sie in einfach akute Entzündung (primärer und sekundärer Art) und gummöse Arthritis ein. W.s Fälle passen jedoch in keine dieser beiden Abteilungen, da sie seiner Ansicht nach zweifellos als Gummata in den Gelenkbändern begonnen und der eine derselben chronische Form angenommen hat. FINGER hält syphilitische Gelenkleiden für schmerzlos, während in den vorliegenden Fällen grofse Schmerzhaftigkeit bestand und vor allem an den typischen Gelenkrheumatismus denken liefs. Besonders letzteres Umstandes wegen würde nach W. oft eine falsche Diagnose gestellt; es sei eben ein weit verbreiteter Irrtum, dafs verschiedene, cutane, subcutane und Knochenveränderungen bei Syphilis schmerzlos seien.

Die Prognose der Affektion ist eine absolut gute, wenn die geeignete Behandlung zur richtigen Zeit angewendet wird. Jod ist in erster Linie angezeigt, um Schmerz und Entzündung zu heben, jedoch hält es W. auch für nötig, alle Patienten mit gummösen Veränderungen für kurze Zeit eine Quecksilberkur durchmachen zu lassen, um die Tendenz zu Rückfällen zu verringern. In den beschriebenen vier Fällen war mit dieser Behandlung völlige Heilung eingetreten. *Stern-München.*

Vorlesungen über die Therapie der Syphilis, von J. NEUMANN. (*Wien. med. Wochenschr.* 1899. No. 32.) In einer Reihe von Vorträgen bespricht NEUMANN die Therapie der Syphilis, ohne Neues bieten zu wollen. Wer die auf grofse Erfahrung gegründeten Anschauungen des Verfassers noch nicht kennt, sei auf dessen Lehrbuch verwiesen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über die verschiedenen Formen der Syphilisbehandlung, von JOSEF LOEWENSTEIN. (*Allg. med. Centralztg.* 1899. No. 55 u. 56.) Eine Übersicht über die Methoden der modernen Syphilistherapie, an deren Schlusse Verfasser besonders die Schmierkur mit dem von LEDERMANN angegebenen Ungt. Hydrargyri rubrum c. Resorbino paratum empfiehlt. *I. Bloch-Berlin.*

Über die Behandlung der Syphilis im allgemeinen und der auf der Basis dieser Krankheit sich entwickelnden Krankheit, von S. TSCHERJEW. (*Russ.*

Arch. f. Pathol., klin. Med. u. Bakteriol. Bd. V. Heft 3.) Verfasser stellt zunächst auf Grund seiner langjährigen klinischen Erfahrung die Behauptung auf, dafs die Syphilis, als eine konstitutionelle Krankheit, nie ganz auskuriert werden kann; auch nach 20—30 und mehr Jahren kann die Krankheit in ihren Komplikationen und Konsequenzen wieder aufbrechen; deshalb müssen sich Kranke wenigstens während der ersten 15 Jahre aller 3 Jahre einer spezifischen Kur unterwerfen. Als entschieden verwerflich betrachtet Verfasser die gleichzeitige Anwendung von Quecksilber und Jod. Was die Art der Quecksilbertherapie anbelangt, bevorzugt er die Inunktionskur mit Quecksilbersalbe, oder was noch empfehlenswerter sei, mit Sapo mercurialis. (Neunert.) Zur Einreibung sollen folgende Körperstellen genommen werden: die oberen und unteren Extremitäten und die Haut, rationeller sei es aber, den Rücken und die seitlichen Thoraxwände dann zu gebrauchen. Während der Kur sind täglich Bäder zu verordnen (35° C. 20—30 Minuten Dauer, abends ½—1 Stunde vor der Inunktion). Die Kur dauert 5—6 Wochen, alsdann 1—2 Wochen Pause, später Jodpräparate (0,5—4,0 3mal täglich), daneben häufige Bäder. Die Jodbehandlung dauert auch nur sechs Wochen.

In betreff der Tabes hält Verfasser zur Syphilisätiologie; in allen seinen Fällen, aufser der hereditären Tabes, konnte in der Anamnese Syphilis nachgewiesen werden. Bei der Behandlung wird zunächst eine spezifische Kur eingeleitet, aufserdem aber bemüht man sich, die untergehenden Nervenelemente zu stärken:

1. durch Charcotsche Douchen (2—3 Athmosphären Druck, angefangen mit 22° C. und täglich mit ½° herunter bis auf 12° C.;

2. Galvanisation des Rücken- und verlängerten Marks und Faradisation des Urogenitaltractus.

Zweitens wendet Verfasser Strychnin an (0,002 in Pillenform). Von Sperminjektionen hat er keinen Erfolg gesehen. Gegen die starken lancierenden Schmerzen wendet er eine Kombination von Morphium und Atropin an (Atropini sulfurici 0,08, Morphii muriat. 0,3, Solut. steril. hydrarg. bichlor. corros. [1 : 5000] 15,0; davon ½ bis ⅔ g täglich zu injizieren). *Grünberg-St. Petersburg.*

Behandlung der Syphilis, von Thomas. (*Intern. med. Magaz.* Okt. 1899.) Verfasser empfiehlt im allgemeinen zur Behandlung des Schankers Reinlichkeit; erst wenn die Diagnose gesichert ist, soll spezifische Behandlung stattfinden; dies ist meist erst kurz vor Ausbruch der sekundären der Fall, zu einer Zeit, wo nach ihm der Giftstoff ins Blut übergegangen ist. Während der sekundären Periode giebt es nur ein Heilmittel, das Quecksilber; von den Salzen bevorzugt er das Protojoduret, das innerlich dreimal täglich 3 cg gegeben werden soll, und zwar bei Anämie mit Strychnin und Ferrum zusammen. *F. Hahn-Bremen.*

Die Luesbehandlung mit dem Serum merkurialisierter Tiere, von W. M. Tarnowsky und S. Jakowlew. (*Russ. Arch. f. Pathol., klin. Med. u. Bakteriol.* Bd. VI.) Im Verlauf von 2½ Monaten wurden in drei Fällen Kalomelinjektionen gemacht, so dafs jedes Tier 4,1—6,0 Kalomel erhielt. Das mittelst Venaesektion erhaltene Serum dieser Tiere wurde bei 13 Luetikern in den verschiedenen Stadien der Krankheit angewandt. Die subcutan angewandte Dosis = 60,0—290,0. Eine heilende Wirkung wurde in keinem Stadium beobachtet. In ⅘ Fällen traten Fieber und Gelenkschmerzen auf, oft Purpurexanthem, auch nicht selten Albuminurie, Lymphdrüsenschwellungen und Abnahme des Körpergewichts. Verringerung der Zahl der roten und weifsen Blutkörperchen, des spezifischen Gewichts und der Hämoglobinmenge war konstant konstatiert worden. *Grünberg-St. Petersburg.*

Beitrag zum Studium der Serotherapie bei der Syphilis. (Dissertation von C. VITNER-Bukarest. 1899.) Die Resultate, welche Verfasser in den acht Fällen sekundärer Lues mit der Serotherapie erzielt hat, sind sehr befriedigend. Bei einigen derselben gelang es ihm, sämtliche Erscheinungen vollständig zum Verschwinden zu bringen und den Allgemeinzustand zu heben. In einem Falle kam es nach vier Monaten zum Recidiv; bei einigen wenigen mufste zur Quecksilbertherapie Zuflucht genommen werden. Die Methode ist, wenn absolut antiseptisch vorgegangen wird, ganz gefahrlos. Das verwendete Serum wurde von Tieren gewonnen, welche durch Injektionen von Serum oder anderen syphilitischen Produkten von Kranken in voller sekundärer Periode der Affektion immunisiert worden waren. *C. Müller-Genf.*

Behandlung der Syphilis mit 5%igen Sublimatlösungen nach LUKASIEWICZ, von J. KORBEL. (*Wien. klin. Rundsch.* 1899. No. 30.) Auf der Abteilung von JANOWSKY wurden 102 Kranke (82 Weiber und 20 Männer) mit zusammen 275 Injektionen einer 5%igen Sublimatlösung behandelt. Die Methode bewährte sich gleich den früher im Krankenhause gebräuchlichen unlöslichen Salzen, nur ist sie sehr schmerzhaft und setzt starke Infiltrate. Deshalb ist dieselbe ambulatorisch nicht zu empfehlen, im Krankenhause sehr gut verwendbar. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Die Absorption des Kalomels bei intramuskulären Injektionen, einige besondere Indikationen derselben, von SCARENZIO. (*La Clinica moderna.* 1899. No. 2.) Die Ansichten der verschiedenen Autoren über den Wert der frühzeitigen Anwendung der Quecksilbertherapie (im Stadium der Initialsklerose) sind immer noch sehr geteilt. Verfasser hat aber seinerseits in einer Reihe von Fällen, wo es sich unzweifelhaft um infektiöse Schanker mit Initialsklerose und Drüsenbeteiligung handelte, konstatiert, dafs die Induration rasch verschwand und die Drüsenschwellung abnahm. Denselben Erfolg hat Verfasser aber auch bei der fötalen Lues erzielt. Er erwähnt speziell einen Fall, wo nach sechs Aborten eine normale Geburt mit gesundem Kinde erzielt wurde. *C. Müller-Genf.*

Erfahrungen über die innerliche Anwendung des Jodipins bei Lues, von O. BURKHART. (*Dtsch. Medizinalztg.* 1899. No. 65.) Verfasser fand, dafs Jodipin bei innerlicher Anwendung ein sehr brauchbares Ersatzmittel anderer Jodverbindungen ist, besonders wo es gilt, den Magen zu schonen oder Jodismus zu vermeiden. Bei einigen Patienten war der Erfolg gegenüber den Jodalkalien sehr auffällig. Auch die lange Nachwirkung, welche dem Jodipin anhaftet und durch Urinuntersuchungen erwiesen ist, wird mit dazu beitragen, dem Mittel einen hervorragenden Platz in der Syphilistherapie zu sichern. *I. Bloch-Berlin.*

Behandlung der syphilitischen Kopfschmerzen mit Jodkaliumklystieren, von SOLARI. (*L'Indépend. méd.* 1899. No. 23.) Der Verfasser empfiehlt gegen luetische Kopfschmerzen, wie sie während der sekundären, besonders aber während der tertiären Periode der Syphilis vorkommen, Verabreichung von Jodkalium per rectum. Man beginnt mit einer Dosis von 2 g und steigt täglich um 1 g, von $^1/_4$ l lauwarmen Wassers gelöst. Wenn der Kranke die Flüssigkeit nicht bei sich behalten kann, werden einige Tropfen Opiumtinktur zugesetzt oder es wird die Wassermenge verändert. Die Klystiere, die am besten abends gegeben werden, beseitigen nach den Erfahrungen des Verfassers die syphilitischen Kopfschmerzen sicher und rasch. *Göts-München.*

Lokale Infektionskrankheiten.

a. der Oberhaut.

Ekzem, von JANOVSKI. In der Bibliothek der gesamten medizinischen Wissenschaften giebt JANOVSKI eine Darstellung des Ekzems, die dem Praktiker einen guten Leitfaden für seine Thätigkeit bilden dürfte, da die Darstellung der Symptomatologie wie diejenige der Therapie alles enthält, was ihm zu wissen not thut. Auch neuere therapeutische Bestrebungen sind berücksichtigt. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über den Zusammenhang zwischen Asthma und Eccema, von H. NEVILLE TAYLOR. (*New York med. Journ.* 21. Okt. 1899.) T. hält es für feststehend, dafs dieser Zusammenhang ein sehr naher ist und fügt zu den darüber schon bekannten Fällen einen weiteren hinzu, welcher die Thatsache erhärten soll, dafs bei katarrhalischen oder erythematösen Zuständen der Bronchialschleimhaut eine besondere Neigung zu oberflächlicher Dermatitis wie Eccema besteht. Der achtjährige, sonst gesunde Knabe bekam im Alter von sechs Jahren ein hochgradiges Ekzem, welches Monate lang der Behandlung trotzte, schliefslich aber spontan zurückging. Im nächsten Jahre hatte er denselben Ausschlag und nach demselben seinen ersten asthmatischen Anfall; mehrere Monate hindurch bestanden nun Asthma und Ekzem entweder gleichzeitig oder mit dem Verschwinden des einen trat das andere Leiden auf. Schliefslich blieb die Haut in mehr oder weniger chronischem Zustande des Ekzems und die Asthmaanfälle stellten sich alle 4—5 Wochen ein. Die Theorie, dafs Asthma durch plötzliche Gefäfsverengerung oder erythematöse Kongestion der Bronchialschleimhaut entsteht, gewinnt für T. durch diese Wechselbeziehung zwischen Asthma und Ekzem an Wahrscheinlichkeit. Gewisse Nahrungsmittel, welche Reizung des Magens verursachen, können Eccema oder Asthma, zuweilen gleichzeitig, hervorrufen. BROCQ führt an, dafs das rasche Verschwinden eines Ekzems — was allerdings nicht zu häufig vorkommt — zu gefährlicher Lungenkongestion führen kann, obwohl er andererseits glaubt, dafs häufiger in mittleren Lebensjahren Eccema mit Affektionen innerer Organe (Lungen, Herz, Gehirn) alterniert. Nach MORRIS sind auch Gicht und Rheumatismus als prädisponierende Ursachen für Eccema mehr im mittleren Lebensalter hervortretend, während das Ekzem der Kinder gewöhnlich seborrhoischen, am Kopf beginnenden Typus habe (?Gegensatz? Ref.). Immerhin hält TAYLOR die Art des Zusammenhanges von Asthma und Eccema noch für unaufgeklärt. *Stern-München.*

Über einen Fall von Eccema tuberculosum, von OTTO SCHANZENBACH. (Diss. Berlin, 1895.) Ein wiederholt rezidivierendes Ekzem des Gesichts und der Kopfhaut und einer eigentümlichen sammetartigen Oberfläche der Haut reagierte prompt auf Tuberkulin und heilte unter Tuberkulininjektionen, Bleiwasserumschlägen, 5—20% Arg. nitr. Die Reaktion trat auf 5 mg auf und war anfangs sehr heftig. Im Anschlufs an diesen Fall geht Verfasser auf die Theorie der Tuberkulineinwirkung und auf UNNAS tuberkulöses Ekzem ein, welches sich durch die Lokalisation an den Schleimhautübergängen, konkomitierende tuberkulöse Erscheinungen, Lymphdrüsenschwellungen, Ödem, den erythematös-nässenden, blasenbildenden, blasigen Charakter, den Mangel des Juckens charakterisieren soll. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Die Behandlung des Ekzems, von JAY F. SCHAMBERG. (*Intern. Med. Magazine.* 1899. No. 8.) Verfasser schleppt in seinem referierenden Artikel das ganze alte und neue Arsenal der Ekzemtherapie heran. Vermeidung scharfer Speisen, Laxantien, Eisen, Stomachica, Diuretica, Arsen, für die interne Therapie. Er perhorresziert jede Anwendung des Wassers bei externer Behandlung des Ekzems, für die er Puder,

Salben und Pasten in bekannter Applikationsmethode empfiehlt. Besonders warm tritt er für den Liquor carbonis detergens ein. Bei pustulösen Ekzemen sollen Quecksilberpräparate sehr nützlich sein. Für Ekzem der Handflächen empfiehlt sich 25%iges Salicylsäurepflaster. Für ausgedehnte Ekzeme Bäder. *I. Bloch-Berlin.*

Ekzembehandlung und der faradische Strom, von Vollmer-Bad Kreuznach. (*Therap. Monatsh.* Okt. 1899.) Verfasser empfiehlt, vesikulös-krustöse Ekzeme, besonders Fälle, bei denen eine Gefäfsparalyse zu Grunde liegt, mit faradischen Strömen zu behandeln. Er führt drei Beispiele an, welche gegen jede andere Therapie rebellisch, unter oder sagen wir nach der Anwendung des faradischen Stromes zur Heilung kamen. Vollmer glaubt, dafs vielleicht die katalytischen Eigenschaften des Stromes auf Vasomotoren und Gefäfse, auf Resorption und Ernährung günstig einwirken. Auch werden wohl durch erregende Wirkungen die Arrectores pilorum und Getäfsmuskeln kontrahiert, wodurch die Haut selbst gekräftigt wird, dafs sie dem Serum einen gröfseren Widerstand zu bieten vermag. *Hopf-Dresden.*

Dermatitis exfoliativa neonatorum (Ritterscbe Krankheit), von Kenardath Das. (*Lancet.* 28. Juli 1899.) Diese Affektion ist in England noch nicht in der Litteratur beschrieben worden, wahrscheinlich, wie Verfasser meint, weil englische Ärzte die betreffenden Fälle als Pemphigus diagnostizieren. Als typisches Beispiel beschreibt K. D. folgende Beobachtung:

Ein zwölf Tage alter Hinduknabe zeigte zunächst am Halse und Gesicht eine diffuse fleckige Rötung, welche sich am nächsten Tage auch auf dem Rumpfe, alsdann auch an den Extremitäten einstellte. Daneben fanden sich mehrere grofse Blasen wie bei Pemphigus. Nach weiteren zwei Tagen löste sich die Epidermis in grofsen Fetzen ab. Die Temperatur war, abgesehen von einem einmaligen Ansteigen auf 39,5° normal. Heilung erfolgte unter milder Salbenbehandlung und Watteverband. Seitdem hat sich Furunculosis eingestellt.

Verfasser bespricht noch, hauptsächlich in Anlehnung an Elliots Beschreibung, kurz die Symptome, Diagnose, Therapie etc. Ritters Fälle zeigten eine Mortalität von 48,82%. *Philippi-Itzehoe.*

Ein Fall von cystischer Entartung der Nieren mit allgemeiner Dermatitis exfoliativa, von Parker. (*The Americ. Journ. of med. Sciences.* Sept. 1899.) Der kräftige Mann klagte über Husten und Dyspepsie, es bestand eine schuppende Stelle auf dem Kopf, die sich über den Rücken ausbreitete, später breitete sich die Abschuppung über den ganzen Körper aus, zugleich trat allgemeines Ödem auf; der Urin, normal an Menge, enthielt wenig Eiweifs; bei der Sektion fanden sich beide Nieren cystisch entartet. *F. Hahn-Bremen.*

Pathologische und klinische Beiträge zur Psoriasis vulgaris, von Josef Sellei. (*Wien. med. Wochenschr.* 1899. No. 34.) Über 400 Fälle von Psoriasis hat Verfasser auf der dermatologischen Klinik zu Budapest behandelt, ein Material, das schon zu Schlüssen berechtigt. Nur dreimal sah er gleichzeitig Gelenkaffektionen, ohne dafs auch in diesen Fällen ein Zusammenhang anzunehmen wäre. — Bestimmte Thatsachen, welche einen Kausalnexus zwischen Nervensystem und Psoriasis annehmen lassen, sind nicht vorhanden. Heredität, Abstammung von psoriatischen Eltern war nur in 20% der Fälle zu beweisen. — Als sicher nimmt Verfasser an, dafs bei Psoriatikern der Patellarreflex gesteigert resp. verändert ist. — Tast-, Druck- und Wärmesinn sind an den mit Psoriasis bedeckten Stellen sicher vermindert. Die Schweifssekretion ist hochgradigen Schwankungen unterworfen; es besteht bald

Steigerung, bald Verminderung. Die meistens an der Kopfhaut vorhandene Seborrhoe deutet darauf hin, dafs auch die Talgdrüsenfunktion bei Psoriasis eine anormale ist. — Die parasitäre Entstehung der Psoriasis hält Verfasser für sehr wahrscheinlich, ohne Neues dafür beibringen zu können. — Histologisch findet man das Stratum corneum und Stratum lucidum verdickt, von Wanderzellen durchsetzt; das Keratohyalin ist bald vermehrt, bald vermindert, bald fehlt es ganz — je nach dem Entwickelungsstadium der Efflorescenz: Pigment vorhanden; Retezapfen verdickt und verlängert, am unteren Ende manchmal verbreitert. Die Zellen des Rete (? D. Ref.), die über den Papillarkörpern liegen, sind oft besonders reich an Keratohyalinkörnern. Die Papillarkörper sind stets verlängert, nicht reich an Wanderzellen; die Blutgefäfse in ihnen sind erweitert. Im Derma sind Leukocyten zu finden; die elastischen Fasern senden feine Ausläufer zum Epithel. Um Schweifs- und Talgdrüsen oft geringe Infiltration. — Auffallend ist die Lokalisation der Psoriasis, da die reichlicher mit Talgdrüsen versehenen, behaarteren Teile bevorzugt sind. — Als atypische Psoriasis kann man Fälle bezeichnen, in denen entweder eine abweichende Lokalisation oder auffallende Asymmetrie vorhanden ist oder das ganze klinische Bild sehr von dem gewöhnlichen abweicht; letzteres ist aber für die atypischen Fälle das eigentlich charakteristische. — Die von Unna dem Eccema seborrhoicum zugezählten Formen betrachtet Verfasser als atypische Psoriasis mit flachen, wenig infiltrierten Efflorescenzen. Das histologische Bild ist etwas abweichend. Keratohyalin ist immer vorhanden, die Retezapfen sind nicht verlängert, dementsprechend natürlich auch nicht die Papillarkörper. Mit Török will Verfasser diese Psoriasisfälle mit der Seborrhoea corporis Duhring identifizieren, welche nur eine atypische Psoriasis darstellt. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Epitheliom als Folgeerscheinung der Psoriasis und die Wahrscheinlichkeit eines Entstehens infolge von Arsenikdarreichung, von Hartzell. (*The Americ. Journ. of med. Sciences.* Sept. 1899.) Die Patientin litt seit langen Jahren an Psoriasis, gegen welche sie lange Zeit grofse Dosen von Arsenik gebrauchte. Später bildeten sich an Hand- und Fufssohlen hornige Excrescenzen aus, die später an den Füfsen geschwürig zerfielen; auch in den Leistenbeugen trat ein Tumor auf, der erweichte. Die geschwürigen Tumoren erwiesen sich mikroskopisch als Epitheliome. Verfasser zählt ähnliche in der Litteratur mitgeteilte Fälle auf. *F. Hahn-Bremen.*

Zur symptomatischen Behandlung der Psoriasis, nebst einigen Beobachtungen über diese Krankheit, von H. Lau. (*St. Petersb. med. Wochenschr.* 1899. No. 34.) Verfasser hat die Erfahrungen über Therapie der Psoriasis an sich selbst gemacht. Seine Psoriasis wurde im Laufe der Zeit sichtlich milder. Besondere Veränderungen in der Lebensweise, Aufenthalt im Auslande u. s. w. wirken günstig auf den Krankheitsprozefs ein. Vielleicht spielt Autointoxikation eine Rolle. Nach vielem therapeutischen Herumprobieren hat Verfasser bei einer Psoriasis mit 70—92% Salzwedelschen Spiritusverbänden, denen etwa 2% Salicylsäure hinzugefügt wurde, sehr schöne Erfolge gesehen. Verfasser litt öfter, ohne je Syphilis gehabt zu haben, an Psoriasis palmaris. Die Nagelerkrankung behandelte er mit bestem Erfolge nur mit Seife und Bürste, welches Verfahren er warm empfiehlt. *I. Bloch-Berlin.*

Pityriasis rosea, von A. Fournier-Paris. (*Indépendance méd.* 1899, pag. 233.) Man unterscheidet zwei Arten von Dermatosen: die einen verlaufen chronisch, fieberlos, ohne Evolution und bestimmte Krankheitsdauer (z. B. Psoriasis), die andere akut, febril, schnell mit bestimmter Evolution und Dauer (z. B. Scarlatina). Zwischen beiden stehen die Pseudoexantheme, zu denen die Pityriasis rosé de Gibert

zählt. Synonym bezeichnete man letztere auch Pityriasis rubra exanthematosa, Pityriasis maculata, circinata, Erythème desquamatif, Roseola squamosa.

Die Krankheit tritt entweder mit leichtem Fieber, Übelsein, Kopfschmerz und Abgeschlagenheit oder ohne jedes Prodrom auf. Zuerst erscheinen rosenrote Flecke am Hals und Thorax, die sich vergrößern und eventuell erhöhen. Von der syphilitischen Roseola unterscheiden sie sich durch ihre generalisierte Ausbreitung und den Mangel jeder Gruppierung, auch erheben sie sich auf gänzlich gesunder Haut. Ferner geht die Farbe der Eruption kaum jemals in tieferes Rot über. Dieselben sehen wie bepudert, mehlig aus, wenn sie der mittelgroßen Sorte der Flecken angehören; nun giebt es noch ganz kleine, hirsekornartige, und drittens solche in Medaillonform, mandelförmig, pflaumengroß, rund oder oval und zeigen folgenden Bau: eine centrale Partie und ein 1—2 mm breiter, leicht erhabener, ganz gering schuppender Hof. Die Mitte zeigt eine intakte, etwas dunklere Haut, mit leichter paralleler Streifung. Diese Medaillons sind pathognomonisch für die Gibertsche Affektion. Auf Hunderte und Tausende der kleinen und mittelgroßen Eruptionen kommt nicht mehr wie etwa ein Dutzend derselben, oft sind nur einzelne vorhanden. Brocq wies nach, daß sich zuweilen eine besonders große Muttereruption findet, die dann 3—4 Tage den sekundären vorauszugehen pflegt. Die Flecke der Pityriasis rosea machen keinerlei weitere Evolution durch. Das oft ganz fehlende Jucken pflegt höchstens sehr mäßig zu werden. Bald blassen die Flecke ab, um schließlich spontan zu verschwinden. Prädilektionsstellen sind Hals, Thorax und obere Abschnitte der Extremitäten. Gesicht wird sehr selten befallen. Die Eruptionen descendieren vom Hals aus allseits. Dauer der einzelnen Efflorescenzen 14 Tage, der ganzen Krankheit 4—6 Wochen. Daher die Polymorphie derselben. In seltensten Fällen beobachtet man purpuraartige Färbung einzelner Eruptionen an den Unterextremitäten, zuweilen konfluierende Formen, circinäre Abarten und Fälle, wo sich die Zahl der Medaillonefflorescenzen auf Hunderte beläuft. Obwohl nicht kontagiös, ist die Krankheit nach Fournier doch wahrscheinlich parasitärer Natur, obwohl sie nichts mit dem Trichophyton zu thun hat, wie es die deutsche Schule behauptet. Die Pityriasis rosea Gibert pflegt beim Wechsel der Jahreszeiten aufzutreten und befällt selten Kinder und Alte, meistens Leute zwischen 20 und 35 Jahren. Therapie: laue Bäder, milde Glycerinsalben oder -Pasten, sowie eventuell etwas Antipyrin im febrilen Stadium. Differentialdiagnostisch kommen in Betracht das seborrhoische Ekzem, die Pityriasis versicolor und die Roseola syphilitica. Die Pityriasis versicolor ist jedoch ein sehr chronisches Leiden, lokalisiert sich auf den Rumpf und hat Milchkaffeefarbe. Außerdem geben der Fingernagel und das Mikroskop genaueren Anschluß. Die Differentialdiagnose vom seborrhoischen Ekzem verspricht Verfasser für eine weitere Arbeit. Die Roseola syphilitica zeigt keine Schuppung, keine Medaillons, außerdem ist sie nur e i n Symptom neben vielen anderen. *Hopf-Dresden*

Ein Trichophyton beim Pferde, von Calvé und Malherbe. (*Arch. de Parasitol.* April 1899.) Das betreffende Pferd erkrankte seit mehreren Jahren regelmäßig im Frühjahr an zahlreichen kleinen kahlen Stellen, im Bereich deren die Haut im allgemeinen glatt war; unter antiseptischer Behandlung heilte die Sache nach und nach aus, um mit Regelmäßigkeit im Frühjahr wieder aufzutreten. Verfasser züchteten den Krankheitserreger in Reinkulturen und machten Übertragungen auf Pferd, Hund und Meerschwein; sie beschreiben Kulturen und den Pilz genau, vor allem die verschiedenen Wachstums- und Fortpflanzungsformen desselben und erklären ihn für ein Mittelding zwischen echtem und faviformem Trichophyton. *F. Hahn-Bremen.*

Beitrag zur Lehre von der Hyperkeratosis diffusa congenita, von Anton Wassmuth. (*Beitr. z. pathol. Anat. etc.* Bd. XXVI.) Hyperkeratosis diffusa congenita ist der sehr passende Name für Ichthyosis congenita. Verfasser hat einen derartigen Fall genau untersucht. Derselbe hat das typische Bild: Gefelderte Hautoberfläche, die Felder von harten, festen, glatten, gelblich-weifsen Platten bedeckt. Die Felder sind verschieden grofs; die Richtung der Furchen am Rumpfe und Gesicht weist eine zirkuläre, vom Scheitel gegen das Hinterhaupt eine radiale, an den Extremitäten eine längliche auf. Am Händen und Füfsen ist die Haut verdickt, aber nicht von Rissen unterbrochen. An Stelle der Ohrmuscheln kleine Höcker, der Meatus auditorius externus hochgradig verengt; obere Augenlider starr, emporgezogen und umgestülpt, ähnliches Verhalten am Munde. Die mikroskopische Untersuchung ergab folgendes: Das Carcinom normal, nur durchsetzt von einer auffallend grofsen Zahl von Talg- und Schweifsdrüsen. Die Pupillen sehr vermehrt, in Bezug auf Höhe und Breite sehr mannigfaltig gestaltet. Die meisten Anomalien in der Epidermis: Das Stratum mucosum mäfsig verdickt, in der dritten und besonders in der vierten Schicht Zerfall der Kerne deutlich bemerkbar. Das Stratum granulosum nur an der Kopfhaut deutlich nachweisbar. Die Struktur des sehr verdickten Stratum corneum ist eine auffallende; dasselbe ist geschichtet, die Lamellen verlaufen wellenförmig. Eine gleichmäfsige Färbung ist durch keine Funktionsmethode zu erzielen. Durch Verwendung der Gramschen Methode kommt Verfasser zu dem Schlusse, dafs die Differenzierung im Stratum granulosum, lucidum, corneum unterblieben ist, die ganze Epidermis sich im Vorstadium der Verhornung befindet, ein eigentliches Stratum corneum nicht vorhanden ist. Verfasser will diesen Umstand durch die frühzeitige Entwickelung und die grofse Zahl und Höhe der Papillen erklären, die ihrerseits durch eine abnorm bedeutende Ausbildung der Hautgefäfse bedingt ist. — Dafs die Verhornung in diesem Falle eine unvollendete war, bestätigte die Verdauungsprobe nach Unna. — Die Veränderungen an Talgdrüsen und Wollhaaren sind nur Folgen der abnormen Epidermis; die Schweifsdrüsen sind unverändert. Die Wollhaare haben gröfstenteils die Hornschicht nicht durchbrechen können. Die Talgdrüsen, am Körper vermehrt, haben erweiterte, gewundene Ausführungsgänge, die von einer mächtigen Hornschicht ausgekleidet sind. — Die Sprünge in der Haut sind zum Teil intrauterin enstanden und dann mit feiner Epidermis überkleidet. — Den Schlufs der fleifsigen Arbeit bilden kurze historisch-litterarische Erörterungen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Historische und kritische Studie über die Bakteriologie der Impetigo, von Boularan. (*Thèse de Paris.* 1898.) Nach einer historischen Übersicht über die zu diesem Gegenstande erschienene Litteratur analysiert und bespricht der Verfasser diejenigen Arbeiten, in denen der Streptococcus als der Erreger der Impetigo vulgaris anerkannt wird. Während man nämlich früher glaubte, dafs die Impetigo durch pyogene, in saprophytischem Zustande auf der Oberfläche der Haut lebende Mikrobien, insbesondere durch Staphylokokken verursacht werde, ist man jetzt infolge der Ergebnisse zahlreicher Untersuchungen zur Überzeugung gelangt, dafs die Impetigo ausschliefslich durch Streptokokken hervorgerufen wird; sowohl in den impetiginösen Blasen wie in den unmittelbar sich anschliefsenden Komplikationen (Panaritien, lymphangitischen subcutanen Abscessen, Diphtheroiden, impetiginösen Stomatitiden) findet sich der Streptococcus. Wenn neuerdings Sabouraud behauptet, dafs die Impetigo das Resultat einer Staphylokokkeninfektion sei, so verwechselt er die Impetigo vulgaris mit anderen Eiterungsprozessen der Epidermis. *Götz-München.*

Über drei Fälle von Pemphigus, von Patel und Pinatelle (*Lyon méd.* 1899. No. 44.) In dem ersten derselben handelt es sich um zwei Schübe von anderen

Pemphigus mit einem Zwischenraume von einem Monat bei einem elfjährigen Kinde. Die Temperatur stieg beide Male auf 40° C.; deutliche Visceralläsionen liefsen sich nicht nachweisen. Heilung nach 30 Tagen. Sechs Monate später war noch kein Recidiv eingetreten. Im zweiten Falle handelt es sich um einen chronischen Pemphigus mit wiederholten schubweisen Ausbrüchen ohne Allgemeinerscheinungen. Der dritte Fall, einen 15jährigen Knaben betreffend, bestand von Jugend auf und stimmte ziemlich genau mit der von HALLOPEAU beschriebenen „Dermatose bulleuse, héréditaire et traumatique" überein, indem in der Familie noch zwei andere Fälle bestanden, die Affektion einen ganz chronischen Verlauf zeigte, die Eruptionen symmetrisch angeordnet waren; die Blasen wurden jeweilen rasch hämorrhagisch. Die leichtesten Traumata hatten mehrmals den Ausbruch einer Eruption zur Folge. Die Intensität der Dermatose nahm mit der Zeit eher ab als zu und der Allgemeinzustand war ein befriedigender. *C. Müller-Genf.*

b. *der Cutis.*

Erysipel und verwandte Krankheiten, von JOHN MACLACHNAN. (*The Edinb. med. Journ.* Aug. 1899.) Verfasser beobachtete eine Erysipelepidemie in einem schottischen Fischerdorfe und bespricht im Anschlufs an diese Fälle die Pathogenese und Behandlung des Erysipels, vor allem den Zusammenhang zwischen gewöhnlichem Erysipel des Gesichts mit Cutaneo-Cellulitis und chirurgischem Erysipel, die nach seiner Ansicht verschiedenen Arten von Keimen ihre Existenz verdanken, und zwar so, dafs beim Auftreten von gewöhnlichem Erysipel die anderen Formen ihre Daseinsbedingungen finden. *F. Hahn-Bremen.*

Über recidivierendes Erysipel, von J. SOLUZEW. (*Botkins Hospitalztg.* 1898. No. 12—14.) In den vom Verfasser beobachteten zwei Fällen hatten die Patienten vordem nie an Erysipel gelitten, die Recidive (5 resp. 7) folgten einander in kurzen Zwischenräumen von mehreren Tagen, befielen nur das Gesicht und das Kinn. Im ersten Fall trat das letzte — fünfte — Recidiv am stärksten auf. Im zweiten Fall starb der Patient, der an chronischer interstitieller Nephritis litt, nach dem siebenten Recidiv. *Grünberg-St. Petersburg.*

Der Gehalt des Blutes von Leukocyten bei Erysipelatösen, von CHANTEMESSE und REY. (*Presse méd.* 1899. No. 52.) Nach den Untersuchungen der Verfasser erleidet bei Erysipelatösen der Gehalt des Blutes an Leukocyten überhaupt, wie auch das procentuale Verhältnis der einzelnen Arten von Leukocyten (Lymphocyten, polynukleäre, grofse mononukleäre, mittelgrofse mononukleäre, eosinophile Leukocyten) ganz bestimmte typische Veränderungen, deren Verlauf präzise Anhaltspunkte für die Prognose des einzelnen Falles giebt. Zu beachten ist dabei, dafs die Unterschiede im Leukocytengehalt des Blutes bei Kindern, Erwachsenen und Greisen sich in entsprechender Weise auch bei Erysipelatösen der verschiedenen Lebensalter geltend machen. Der Zustand der peripheren Zirkulation mufs bei der Blutentnahme immer der nämliche und dem normalen annähernd gleich sein; um dies zu erreichen, wird der Finger einige Minuten vor der Blutentnahme mit Kompressen umwickelt, die mit Wasser von 40° getränkt sind. — Die Verfasser haben nun in acht Fällen von mittelschwerem Erysipel bei Erwachsenen beobachtet, dafs die Zahl der Leukocyten überhaupt ihren höchsten Stand gleichzeitig mit der Fieberakme erreicht und mit dem Abfall der Temperatur abnimmt. Die Zahl der polynukleären Leukocyten, die zu Beginn der Krankheit stark vermehrt ist, nimmt im ganzen Verlaufe konstant ab, so dafs sie sogar unter die Norm sinken kann. Die Zahl der grofsen mononukleären

Leukocyten erleidet während der Fieberperiode keine bedeutende Veränderung; sie ist jedoch am Tage vor dem Fieberanfall oder bei Beginn desselben nicht selten vermehrt, um mit der Heilung wieder zur Norm zu sinken. Die Zahl der Lymphocyten ist während der Fieberperiode im Gegensatz zur Zahl der Leukocyten überhaupt, sowie zur Zahl der polynukleären Leukocyten stark vermindert und nimmt erst mit dem Moment des definitiven Fieberabfalls zu; diese plötzliche Vermehrung der Lymphocyten zeigt in ganz zuverlässiger Weise den Beginn der Heilung an. Die Zahl der mittelgrofsen mononukleären Leukocyten, deren Volumen in der Mitte zwischen Lymphocyten und grofsen mononukleären Zellen steht, ist während der Fieberperiode ebenfalls stark vermindert und nimmt mit der Entfieberung, und zwar gewöhnlich schon vor der Vermehrung der Lymphocyten zu. Die Eosinophilen fehlen während der Fieberperiode ganz; sie erscheinen erst im Moment der Entfieberung wieder, manchmal in sehr grofser Zahl. — Bei Kindern und bei Greisen sind die Verhältnisse zum Teile anders. Bei erysipelatösen Kindern ist die Zahl der weifsen Blutkörperchen überhaupt vermehrt, die relative Vermehrung der Polynukleären ist nicht so bedeutend wie beim Erwachsenen, dagegen besteht während der Rekonvalescenz eine bedeutende Lymphocytose. Bei Greisen, die an Erysipel erkrankt sind, ist die Zahl der Leukocyten überhaupt, wenn die Affektion zur Wiedergenesung führt, nicht sehr stark vermehrt, dagegen besteht hier eine verhältnismäfsig sehr bedeutende und langdauernde Vermehrung der Polynukleären. — In tötlich endenden Fällen von Erysipel ist die Zahl der Leukocyten überhaupt so stark vermehrt (über 12000 weifse Blutkörperchen pro cbmm), aufserdem ist das prozentuale Verhältnis der polynukleären Leukocyten in diesen Fällen ein unverhältnismäfsig hohes (92% und mehr). Diese beiden Momente haben also eine absolut schlechte prognostische Bedeutung. Eine plötzlich auftretende Vermehrung der Polynukleären deutet stets ein bevorstehendes Recidiv an; zur Zeit des Beginnes dieser Vermehrung lassen weder der Zustand der Haut noch die Temperaturkurve ein Recidiv voraussehen. Beim Erysipelas migrans kündigen sich die neuen Schübe, bevor sie sich bemerkbar machen, durch einen Stillstand in der regelmäfsigen Abnahme der Zahl der Polynukleären, bezw. durch Wiedervermehrung derselben an. Nur bei Greisen hat eine andauernde Vermehrung der Zahl der Polynukleären diese üble prognostische Bedeutung bezüglich des Auftretens eines Recidivs nicht.

Die Arbeit ist mit einer Anzahl von Kurven und Tafeln versehen, die wesentlich zum Verständnis des ganzen beitragen. *Götz-München.*

Gesichtserysipel bei einem Neger, von Prat. (*Lyon méd.* 1899. No. 33.) Obwohl Mitteilungen über Fälle von Gesichtsrose bei Negern in der Litteratur fehlen, was zur Ansicht verleitet hat, dafs diese Affektion beim Schwarzen nicht vorkomme, ist P. seinerseits überzeugt, dafs der Neger keineswegs unempfindlich ist gegenüber dem Streptococcus, sobald er sich mit dem Europäer vermischt. Er teilt denn auch einen typischen Fall von Gesichtserysipel bei einem Senegalneger mit, der sich in keiner Weise vom Erysipel des Weifsen unterscheidet, abgesehen natürlich von der fehlenden Rötung, die auf der dunklen Haut nicht erkennbar ist. *C. Müller-Genf.*

Die Behandlung des Gesichtserysipels, von Juhel-Renoy. (*Rev. gén. de clinique et de thérapeutique.* 10. Mai 1899.) Während der Verfasser bei Gesichtserysipel mit der Applikation von Ichthyol in Form von Ichthyolvaselin, sowie in Form von Unnaschem Ichthyolleim zwar ganz gute, aber in keiner Weise hervorragende Resultate erzielt hat, ist er von der Anwendung 10%igen Ichthyoltraumaticins aufserordentlich befriedigt. Dasselbe ist nach seinen Erfahrungen zur Zeit weitaus das

beste Mittel gegen Gesichtserysipel; es wirkt in vielen Fällen thatsächlich abortiv. Nach *L'Indépendance médicale.* 1899. No. 23.) *Göts-München.*

Ein Fall von Elephantiasis, von L. Smirnow. (*Intern. med. Magazine.* 1899. No. 8.) Verfasser berichtet über einen Fall von Elephantiasis vulvae bei einem 22jährigen Mädchen, das nach der Operation an Polyarthritis suppurativa und Septikämie zu Grunde ging. Die Patientin hatte aber bereits zwei Jahre vorher eine ähnliche Gelenkaffektion gehabt. *I. Bloch-Berlin.*

Ein Fall von Elephantiasis scroti; Komplikation mit grofser Hernie, von W. M. Elliott. (*Lancet.* 23. Sept. 1899.) Ein 40jähriger kräftiger Neger kam mit irreponibeler Skrotalhernie, Hydrocele beiderseits und Elephantiasis des Skrotums in Behandlung. Die Geschwulst reichte bis vier Zoll unter das Knie herab. Es wurde die Bruchpforte weit eröffnet und nach ziemlich erheblichen Schwierigkeiten die Hernie reponiert. Elf Tage später wurde wegen septischer Erscheinungen nochmals inzidiert und nekrotisch gewordene Teile des Bruchsacks entfernt. Gleichzeitig wurde unter Kappenbildung (entgegen der Vorschrift von McLeod) das Skrotum reseziert und vernäht. Patient wurde sechs Wochen nachher geheilt entlassen. Verfasser berichtet noch über einen anderen Patienten, dem er auf ähnliche Weise ein 60 Pfund schweres Skrotum reseziert hat. Sechzehn Monate p. o. ist der Hodensack faustgrofs und der Mann arbeitet als Packträger für die Regierung an der Goldküste. *Philippi-Itzehoe.*

Dolore berichtet über einen **Fall von Botryomykose** bei einer 54jährigen Frau, von der nicht nachgewiesen werden konnte, dafs sie mit infizierten Tieren in Berührung gekommen war. Der erdbeerförmige Tumor lag auf der Ulnarkante der rechten Hand, an der Wurzel des kleinen Fingers und war von der Gröfse einer Kirsche. Diese Tumoren sind sehr stark vaskularisiert und bluten infolgedessen sehr leicht. Der Pilz, der Botryomyces, ist sehr schwer nachweisbar, weshalb man meist eine ganze Reihe von Präparaten machen mufs, bis es gelingt, ihn zu entdecken. (*Lyon méd.* 1899. No. 29.) *C. Müller-Genf.*

Über Hautblastomykose, von A. Buschke. (Verhandlungen des VI. Dermatologen-Kongresses.) Die erste Beobachtung einer durch gährungserregende Sprofspilze hervorgerufenen Hautkrankheit hat Tokishize in Japan an Pferden gemacht Die zweite stammt von Busse und Buschke. Sie fanden Sprofspilze in einem Granulationsherde der Tibia, in vorhandenen Hauteruptionen, im Blute einer Patientin und konnten dieselben züchten und verimpfen. Die Patientin, welche viel von starken Drüsenschwellungen heimgesucht war, die aber sich immer wieder zurückbildeten, ging zu Grunde an multiplen Granulationsherden in den Knochen und hochgradiger Anämie. Auf der Haut zeigten sich teils chronisch, teils subakut sich entwickelnde Affektionen. Die Primäreffloreszenzen glichen Akneinfiltraten mit nekrotischer Kuppe, aus ihnen gingen Ulcera hervor mit scharfen, zackigen, etwas unterminierten, wallartigen, wenig infiltrierten, lividen Rändern, deren Grund sehr schmerzhaft war, nicht die Umgebung. Das abgesonderte Sekret war zäh, fadenziehend, durchscheinend, teils grau, teils bräunlichrot, mit Krümeln durchsetzt. Die kleineren Ulcera heilen zum Teil in mehreren Wochen. Neue Geschwüre etablieren sich gewöhnlich nicht allzuweit von den alten.

Verfasser giebt eine genaue Darstellung der bakteriologischen Ergebnisse bei Untersuchung der gefundenen Hefepilze, die besonders nach Aufhellung in Kalilauge im Ausstrichpräparat wie Gewebe leicht erkennbar sind und sich mit allen Anilin-

farben färben. — Histologisch findet man im Sekret die Parasiten fast rein ohne Beimengung; bei lange ohne Borke daliegenden Geschwüren spärliche Kokken. Zuweilen sieht man Parasiten in den Epithelzellen und Riesenzellen. — Letztere sind reichlich in den dicht an das Epithel grenzenden Schichten des Papillarkörpers und in der Subcutis vorhanden, sie haben den Typus von Fremdkörperriesenzellen. Die Parasiten fehlen in der an die gesunde Haut grenzenden Geschwürszone. Das Epithel ist in zweierlei Arten verändert; erstens spielen sich Wucherungsvorgänge in den tiefsten Schichten des Epithellagers ab, die aber nicht etwa da am stärkten sind, wo die meisten Hefezellen liegen. Wo diese vorhanden sind, wird das Epithel zerstört. — Die Hefezellen dringen, wie es scheint, von aufsen in die Cutis, rufen zu Einschmelzung und Zerstörung führende Entzündung hervor, in deren Verlauf sich Riesenzellen und eine Proliferation der fixen Bindegewebszellen entwickeln. Das Epithel wird sekundär ergriffen und entweder, wie erwartet, zur Proliferation angeregt, oder teils durch das Eindringen der Hefezellen selbst, teils infolge der Einschmelzung der Cutis zerstört. — Mittels des Sekrets wie mittels der Kulturen gelang Verfasser die Impfung an der Patientin selbst.

Weitere Beobachtungen von Hautblastomykose beim Menschen stammen von Gilchrist (1896) und Curtis; sie werden genau citiert. Es giebt darnach eine akute und eine chronische Form. Histologisch handelt es sich um den infektiösen Granulationsgeschwülsten analoge Veränderungen. Äufserlich stellen letztere sich dar als Geschwülste, ähnlich den skrophulösen, oder der Tuberculosis cutis verrucosa oder als Tumoren, die eventuell ulcerieren.

Bei der Blastomykose der Tiere handelt es sich hauptsächlich um die Hauterkrankung, während bei Menschen die internen Metastasen die Hauptrolle spielen. Die Beobachtungen beim Tier weisen auf exogene Entstehung hin, wie sie auch beim Menschen wahrscheinlich ist. — Verfasser hat dann zahlreiche Experimente an Tieren vorgenommen, um zunächst womöglich die pathogenen Hefearten von den nicht pathogenen abzugrenzen. Klare Ergebnisse sind in dieser Richtung nicht zu verzeichnen. Es scheint nur, als ob die Sprofspilze, welche eine wirkliche Blastomykose hervorrufen, um die Hefemembran noch eine gerieft aussehende Membran bilden. Mit ziemlicher Sicherheit läfst sich schon jetzt sagen, dafs es verschiedene Arten von pathogenen Sprofspilzen giebt. — Für die Pathogenese ergab das Experiment, dafs der einfachste, naturgemäfseste Entstehungsmodus die Infektion von aufsen ist; dafs Herde in der Haut durch Fortleitung von subcutanen Organen oder durch Embolie von inneren Blastomycetenherden entstehen können. — Klinisch erhält man auch experimentell entweder Geschwüre, welche aus akneähnlichen Infiltraten hervorgehen, oder Tumoren resp. diffuse, geschwulstähnliche Infiltrate. Die Krankheit entwickelt sich langsam in 1—3 Wochen ohne Entzündungserscheinungen und ohne Schmerz, führt durch blastomycetische Septikämie oder innere Metastasen zum Tode. Nur wenige geimpfte Tiere genasen. Histologisch findet man bei der experimentell erzeugten Tierblastomykose nur sehr schwache Reaktionsvorgänge in der Haut. — Die sehr gründliche Arbeit eröffnet ein interessantes Gebiet der weiteren Forschung.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Loumeau berichtet (*Annales de la Polinique de Bordeaux.* 1899. No. 10) über einen Fall von **Phlegmone der Leistengegend**, der durch multiple kleine Abscesse der Prostata (auf Grund einer alten Blennorrhoe) hervorgerufen worden war. Der Patient starb an Septikämie. Die Phlegmone war durch eine Vereiterung der hypogastrischen Lymphdrüsen zu stande gekommen und als Bindeglied zwischen diesen letzteren und der Prostata mufsten offenbar die Lymphgefäfse angesehen werden.

C. Müller-Genf.

Diphtheriebacillen in einem Panaritium, von Seitz-Zürich. (*Correspondenzbl. f. Schweizer Ärzte.* 1899. No. 21.) Der Fall betrifft einen 16jährigen Jüngling, bei dem sich an einem Finger ein Panaritium entwickelte, das nach zehn Tagen ohne jede Komplikation abheilte. In dem Eiter wurden neben Staphylo- und Streptokokken echte Diphtheriebacillen nachgewiesen, letztere aber gleichzeitig auch im Rachen, ohne daſs sich bei dem Patienten jemals Erscheinungen von Rachendiphtherie gezeigt hätten. Es stellte sich nachträglich heraus, daſs der Knabe die Gewohnheit hatte, an den Fingern zu kauen, was den Ursprung der Diphtheriebacillen im Eiter des Panaritiums erklärt. *C. Müller-Genf.*

Demonstration von Rhinoskleropräparaten, von v. Marschalko. (*Allg. med. Centralztg.* 1899. No. 56.) Die spezifischen Elemente des Rhinoskleroms sind — auſser den Bacillen — nur die Mikuliczschen Zellen, welche, zweifellos Gewebszellen, unter der Einwirkung der Bacillen ähnlich den Leprazellen in eigenartiger Weise degenerieren.

Im Anfangsstadium der Degeneration lassen sich in jeder Zelle die charakteristischen, 2 μ langen und 0,5 μ dicken Rhinosklerombacillen nachweisen, die einzeln oder meist charakteristische Gruppen bildend, in eine Gloea eingebettet im Innern des Zellprotoplasma liegen. Jeder Bacillus hat eine eigene Kapsel. Eine einzige Mikuliczsche Zelle enthält oft 5—6 und mehr solche Gloeas mit unzähligen Bacillen, wobei der Zellleib sich langsam aufs Äuſserste vergröſsert; der Zellkern aber, anfangs wohlerhalten, später degeneriert, bleibt selbst in späteren Stadien der Degeneration, in der Mitte der Zelle oder an die Wand gedrückt, sichtbar.

Im späteren Stadium der Degeneration gehen dann die Mikuliczschen Zellen allmählich zu Grunde und die Bacillen ergieſsen sich frei ins Gewebe, die Lymphräume und Gewebsspalten. — Die sogenannten hyalinen Zellen sind keine Gewebszellen; sie entstehen aus den Plasmazellen durch eine eigentümliche Degeneration ihres Protoplasma. Der Zelleib wird gröſser und es treten im Protoplasma ganz scharf kolorierte und stark lichtbrechende, zuerst sehr kleine Kügelchen auf, die das ganze Innere der Zelle ausfüllen und den Kern meistens an die Zellwand schieben. Dieselben nehmen von der Apáthyschen Färbemischung die sauren Farbstoffe, und zwar hauptsächlich das Ammoniumpikrat an und färben sich intensiv gelb mit einem Stich ins Orange. Dann verschmelzen die einzelnen kleinen Kügelchen zu gröſseren Kugeln, die ebenfalls sehr stark lichtbrechend und scharf koloriert sind; der Zellkern wird abgeplattet und degeneriert; endlich springt die Zellmembran und die Kugeln werden frei. Für dieselben ist noch charakteristisch, daſs sie sich überhaupt sehr stark mit sauren Anilinfarbstoffen färben und jedem Entfärbungsversuch energisch Widerstand leisten.

Die hyalinen Zellen wie überhaupt die Plasmazellen enthalten auch nie Rhinosklerombacillen, und daſs sie ebenso wie die freistehenden hyalinen Kugeln nichts spezifisches für das Rhinoskleromgewebe darstellen, erhellt daraus, daſs dieselben Zellen und freistehende hyaline Kugeln auch in syphilitischen Sklerosen vorkommen. Verfasser glaubt auch, daſs die Russelschen oder Fuchsinkörperchen nichts anderes als solche hyalinen Kugeln, also Zelldegenerationsprodukte sind. *I. Bloch-Berlin.*

Klinische, histologische und bakteriologische Betrachtungen über sieben Fälle von Noma, von Comba. (*Lo Sperimentale.* 1899. No. 2.) In allen sieben Fällen war die Noma sekundär nach anderen Affektionen aufgetreten (Masern, Enteritis acuta, Zahnkaries, Meningitis cerebrospinalis, Tuberkulose und Typhus, Stomatitis ulcerosa). Alle beziehen sich auf Mädchen. Fünf verliefen letal. Der histologische

Befund war folgender: Man unterscheidet deutlich eine nekrotische Zone, die aus einer feinkörngien Substanz besteht und sich schwach mit Eosin färbt; stellenweise erkennt man darin Fibrinfäden und Andeutungen von Blutgefäfsen. Der Übergang des Nekrotischen zum gesunden Gewebe ist bald ein rascher, bald ein gradueller. In dieser Übergangszone findet man durchwegs eine mehr oder weniger intensive kleinzellige Infiltration. In einigen Fällen befand sich hier ein stellenweise sehr reichliches fibrinöses Netz, das sich ziemlich weit in das gesunde Gewebe hinein erstreckt. Die Gefäfse dieser Zone sind durchwegs mehr oder weniger verändert; in einigen Fällen bestand die einzige Veränderung der Gefäfse in einer intensiven Entzündung der Tunica externa, was gegen die Ansicht einiger Autoren spricht, dafs die Noma als die Folge einer primären Läsion der Blutgefäfse zu betrachten sei.

An Mikroorganismen hat C. hauptsächlich die gewöhnlichen pyogenen Pilze konstatiert (Staphylococcus aureus und albus, Streptokokken), ferner einige Bacillen- und Kokkenvarietäten, die sich als ohne pathogene Wirkung auf die üblichen Versuchstiere erwiesen. Eine Ausnahme hiervon bildet der in einem Falle konstatierte Bacillus (α), der, unter die Haut von weifsen Ratten injiziert, bei denselben Nekrose verursachte; er meint deshalb, dafs dieser Pilz bei der Entwickelung der Noma in dem betreffenden Falle nicht ganz ohne Bedeutung war. Trotzdem darf angenommen werden, dafs von allen den bisher bei Noma beschriebenen Mikroorganismen keiner als der spezifische Erreger der Affektion zu betrachten ist. Guizetti hatte in Schnitten aus der Grenzzone bei Noma einen sehr dünnen Bacillus nachgewiesen, den er als spezifisch betrachtete. Comba gelang es nur in drei von sieben Fällen denselben Mikroorganismus zu finden und glaubt er deshalb, dafs er jedenfalls nicht als einziger und konstanter spezifischer Erreger zu betrachten sei. Übrigens besitzen eine ganze Anzahl von Bacillen nekrotisierende Eigenschaften, so der Diphtheriebacillus, der Bacillus von Schimmelbusch, von Babes und Zambulovici, der Staphylococcus pyogenes aureus, der Streptococcus und der von Comba isolierte α-Bacillus, sodafs dieselben einzeln oder kombiniert sehr wohl den Wangenbrand herbeiführen können.

C. Müller-Genf.

Einige alte Fälle von Aktinomykose, von R. Blanchard (*Arch. de parasitol.* Juli 1899.) Verfasser hat aus dem Museum Dupuytren einige alte Bilder und Knochenpräparate gesammelt und in seiner Arbeit veröffentlicht, die nach Aussehen und Operationsverlauf sich sicher als Aktinomykose erkennen lassen, obwohl sie zu einer Zeit zur Beobachtung kamen, in welcher der Strahlenpilz noch nicht entdeckt war und derartige Erkrankungsformen als Osteosarkome angesehen wurden.

F. Hahn-Bremen.

Lichen planus, von Besnier. (*Journ. d. Practic.* 1899. No. 27.) Der Verfasser empfiehlt für die innerliche Behandlung des Lichen ruber an Stelle der bisher gebräuchlichen Arsenikpräparate die Verwendung von Natrium cacodylicum, das trotz seines starken Arsenikgehaltes beinahe ungiftig ist; es wird per os oder per rectum oder in Form von subcutanen Injektionen gegeben. — Arthritikern mit Lichen planus sind neben Arsenik auch Alkalien zu verabreichen; die Diät ist in der üblichen Weise zu regeln. — Die Reizbarkeit des Nervensystems ist durch Verabreichung von Valeriana und Applikation kurzer, lauwarmer Douchen auf die Wirbelsäule, eventuell mit nachfolgender kurzer kalter Übergiefsung zu bekämpfen. — Die Lokalbehandlung besteht, so lange das Exanthem voll entwickelt ist, lediglich in Applikation reizmildernder Mittel, Abkochungen von Kamillenblüten, Kleie, Hollunder, prolongierter Stärkemehl- und Kleienbäder, indifferenter mineralischer Pulver, indifferenter Salben. Der Juckreiz wird durch Stärkemehlbäder mit Essigzusatz, Waschungen, Puder, anti-

pruriginöse Salben gelindert. Die definitive Heilung wird durch Anwendung irritierender Medikamente herbeigeführt, die aber erst nach dem Verschwinden der Efflorescenzen bezw. des Reizzustandes der Haut appliziert werden dürfen. Es wird in diesem Stadium täglich ein- bis zweimal eine der folgenden Salben und zwar in steigender Konzentration eingerieben: Acid. tartaric. 1,0, Ungt. Glycerini 30,0 –20,0 oder Acid. salicyl. 1,0, Vaselin 50,0—30,0 oder Acid. pyrogallic. 5,0—10,0, Vaselin 100,0 oder β-Naphtol 1,0, Vaselin 10,0 oder 10%ige Kalomelsalbe. Gut wirken auch täglich wiederholte Waschungen mit 1‰iger Sublimatlösung oder Applikation 2‰igen Hg-Pflasters. — Bei verhorntem Lichen planus, einer sehr hartnäckigen und langdauernden Variation sind zunächst die verhornten Efflorescenzen durch Applikation von Schmierseife mit oder ohne Zusatz von Salicylsäure (1 : 50,0—30,0) zum Erweichen zu bringen; dann sind die oben erwähnten irritierenden Salben bezw. Quecksilberpflaster anzuwenden. *Götz-München.*

Ulcera mollia vaginae, von K. Kegler. (*Journ. f. Geburtsh. u. Gynäkol.* 1897. No. 12.) Nach Schilderung des betr. Falles geht Autor ausführlich auf die Diagnose und den klinischen Verlauf derartiger Fälle ein, wobei er die Seltenheit des Sitzes des Ulcus molle an der vorderen Fornix, wie im vorliegenden Falle, hervorhebt. Als prädisponierendes Moment für eine Infektion der Vagina führt Autor das Vorhandensein von Katarrhen und damit verbundener Säureabnahme des Vaginalsekrets an. *Grünberg-St. Petersburg.*

Über neuere Therapie der Genitalgeschwüre, von Ad. Isaac. (*Zeitschr. f. prakt. Ärzte.* 1899. Heft 8.) Das Itrol entfaltet bei Genitalgeschwüren eine starke baktericide Kraft, besitzt ferner die Fähigkeit der Fern- oder Tiefenwirkung (!) und der Dauerwirkung. „Weil es aber, wenn auch nur schwer, in den Gewebssäften sich löst, so hat dies zur Folge, dafs ganz allmählich ein Vordringen des keimtötenden Agens in die Gewebsspalten stattfindet und so die pathogenen Mikroorganismen bis in ihre entlegendsten Ansiedelungsstätten aufgesucht und vernichtet werden können.“ Die Dauerwirkung ermöglicht sparsame Verwendung. Durch die Vernichtung der Infektionserreger wird auch die Resorption dieser entzündungserregenden Stoffe hintangehalten. Daher die Seltenheit eines abscedierenden Bubo. Schliefslich wirkt das Itrol austrocknend, es ist mild und reizlos, geruchlos und relativ billig durch den geringeren Verbrauch. *I. Bloch-Berlin.*

Weicher Schanker der Conjunctiva bulbi, von Vignes. (*Presse méd.* 19. Juli 1899.) Die Mitteilung des Verfassers betrifft einen 50jährigen Patienten, der von einer akuten profus eiternden Entzündung des einen Auges befallen wurde. Der erste Anblick liefs auf Ophthalmoblennorrhoe schliefsen; Höllensteinpinselungen und Kalium permanganat-Waschungen brachten jedoch gar keine Besserung hervor. Auch waren keine Gonokokken nachzuweisen. Am dritten Tage entdeckte Verfasser eine etwa pfenniggrofse oberflächliche Ulceration mit unregelmäfsigem Grund und ausgeprägt steilen Rändern im äufseren oberen Teil der Conjunctiva bulbi. Die präaurikulären und cervikalen Lymphdrüsen sind geschwollen und schmerzhaft. Erster Gedanke: tuberkulös. Kochscher Bacillus nicht zu entdecken. Durch Zufall erfuhr Verfasser, dafs der Patient, der übrigens früher Lues durchgemacht, seit 25 Jahren aber sorgfältige Behandlung genossen hat, seinem an Ulcus molle mit incidiertem Bubo leidendem Sohne die Umschläge gewechselt hat. Gegen Lues spricht sowohl die sorgfältige Therapie, die der Patient erfahren hat, als auch Akuität des Prozesses. Diagnose: Ulcus molle conjunctivae. Leider fehlt die Sicherung derselben durch Nachweis des Ducrey-Unnaschen Bacillus und Impfung. *Hopf-Dresden.*

Die Behandlung des Ulcus molle und seiner Komplikationen, von M. Horowitz-Wien. (*Centralbl. f. d. ges. Ther.* 1899. Heft 4.) Ohne wesentliches Neue zu bringen, schildert H. in recht anschaulicher, für den Anfänger in der Praxis sehr brauchbaren Weise die Behandlung des Ulcus molle und dessen wichtigster Komplikation, der Leistendrüsenentzündung. Ausgehend von der Ansicht, dafs der Streptobacillus von Ducrey-Unna-Krefting der Erreger des Ulcus molle ist, beschreibt H das Ulcus molle nach Beschaffenheit und gewöhnlichem Sitz und unterscheidet im Verlauf eine 2—3 Wochen dauernde Destruktions- und eine etwa ebenso lang währende Reparationsperiode. Besondere Formen sind das gangränöse und das serpiginöse (phagedänische) Geschwür, welch' beide, besonders aber letzteres, mit grofsen Substanzverlusten verbunden sind, aber, ebenso wie das diphtherische und erysipelatöse, Dank der antiseptischen Behandlungsmethoden jetzt äufserst selten geworden sind. Das Verhältnis zwischen hartem und weichen Schanker ist jetzt ein derartiges geworden, dafs dreimal so viel harte als weiche Schanker nun beobachtet werden; für die Therapie ist dies nach des Referenten Ansicht von ganz besonderer Bedeutung, indem man bei irgendwie zweifelhaften oder lang währenden Fällen möglichst bald Hg anwenden sollte. Bezüglich der Behandlung sei der erste Grundsatz, die Destruktionsperiode abzukürzen: Reinigung des Geschwürs mit Sublimat (1 : 3000) oder Karbol (5 : 100), dann Jodoformpulver und luftdichter Verband (mittelst Billrotbatist und amerikanischem Heftpflaster) auf 2—3 Tage. Ersatzmittel des Jodoforms sind Airol und Natrium sozojodolicum, während Europhen, Jodol, Aristol und Xeroform sich H. gar nicht bewährt haben. Bei der Wärmetherapie, welche dem Welanderschen Verfahren zu Grunde liegt, kommt für die ambulante Praxis wohl nur die Audrysche Modifikation, Bestrahlung des Geschwürs 5—10 Minuten lang mit dem in Weifsglut versetzten Thermokauter in Betracht. Von den Komplikationen des Ulcus molle bespricht H. die entzündliche Phimose und die Paraphimose; ist erstere völlig ausgeprägt, so empfiehlt H. allein die Circumcision, gegen die letztere habe ihm die manuelle Reposition schon in ganz renitenten Fällen Erfolg gebracht. Bezüglich der wichtigsten Komplikationen, der Leistendrüsenentzündungen, soll man anfangs versuchen, deren Fortschreiten und Vereiterung mit kalten Umschlägen zu verhüten, was wohl nur selten gelingt. Bei vorhandenen Fluktuationen ist natürlich Incision uud gewöhnliche chirurgische Behandlung angezeigt oder auch Punktion des Abscesses mit nachheriger Injektion von benzoesaurem Hg, Lapislösung oder Sublimat. Bei letzterer Methode können insofern Mifserfolge vorkommen, als die Punktionsöffnung chankrös oder die Haut über dem Bubo gangränös wird oder auch nach der zweiten Punktion Eiteransammlung entsteht, sodafs schliefslich doch noch die Incision vorzunehmen ist. *Stern-München.*

Die Behandlung des weichen Schankers durch Hitze, insbesondere durch heifse Luft, von Haralamb-Bukarest. Die Untersuchungen des Verfassers basieren auf den Experimenten von Aubert-Lyon, welcher gefunden hat, dafs die Virulenz des Eiters von weichen Schankern zerstört wird, wenn dieser während einer Stunde einer Temperatur von 40—42° ausgesetzt wird. H. bedient sich eines einfachen Apparates, bestehend aus einem viereckigen Rezipienten aus Kupfer, der durch eine Spiritusflamme erhitzt wird. Mittelst eines Gebläses kann durch denselben Luft von der Temperatur von 55—70° getrieben und auf das zu behandelnde Geschwür gerichtet werden. Das letztere wird zuerst gereinigt und mit Watte abgetrocknet. Der Schnabel des Rezipienten wird so nahe wie möglich an das Ulcus gebracht und während ca. 3 Minuten über die ganze Oberfläche des Geschwürs sowie unter die unterminierten Ränder desselben heifse Luft gepumpt. Gewöhnlich genügt eine ein

zige Sitzung, um das venerische in ein einfaches Geschwür umzuwandeln, das dann des weiteren wie ein solches behandelt wird. *C. Müller-Genf.*

Progressive Ernährungsstörungen.

Über Ausräumung der Lymphdrüsen in der Leiste und längs der Vasa iliaca und der Vasa obturatoria in einer Operation, von Leuxander-Upsala. (*Centralbl. f. Chir.* 1899. No. 37.) Ausgehend von der Erscheinung, dafs selbst bei ausgedehnter Ausräumung der Leistenlymphdrüsen, welche sich infolge maligner Prozesse am Penis oder den unteren Extremitäten nötig machen, doch nach einiger Zeit wieder lokale Drüsenmetastasen auftreten, fordert Verfasser in vorliegender Abhandlung, dafs in vorerwähnten Fällen, wie Krebs oder Sarkom, in den Inguinaldrüsen nicht nur diese letzteren, sondern auch die in der Umgebung der Vasa iliaca externa und Vasa obturatoria gelegenen Lymphdrüsen, sowie die längs der Arteriae hypogastricae bis eventuell hinauf zur Mitte der Vasa iliaca comm. oder bis zur Teilungsstelle der Aorta entfernt werden. Verfasser hat zwei Fälle mit Carcinoma penis und Drüsentuberkulose entsprechend behandelt und Erfolg gesehen. Voraussetzung zur Operation ist, dafs der primäre Prozefs operabel ist und keine anderen nicht radikal operierten Drüsenmetastasen bestehen. Die Technik der Operation beruht auf einem Hautschnitt längs Poupartschem Band bis zur Spina ilei ant. sup. und längs der Crista oss. il. bis zu deren Mitte oder längs des vorderen Drittels. Längsschnitt längs der A. femoralis. Ausräumung der oberflächlichen Drüsen. Abpräparierung des Lig. Poup. zum Schambein und der Bauchmuskeln vom Becken. Ausräumung der tiefen Drüsen. Drainage. Naht der abgetrennten Muskeln und des Poupartschen Bandes. *Hopf-Dresden.*

Im naturhistorisch-medizinischen Verein Heidelberg (*Münch. med. Wochenschr.* 1899. No. 27) sprach Bettmann über **Darier'sche Krankheit** und sogenannte Protozoenerkrankungen der Haut. In der menschlichen Pathologie mufs auch mit Protozoenerkrankungen gerechnet werden; die Darierschen Corps ronds jedoch sind sicher keine Protozoen. Die mikroskopische Untersuchung der Keratosis follicularis und der Darierschen Körperchen zeigt, dafs die sogenannte Psorospermosis cutis vegetans ein abnormer Verhornungsprozefs in der Haut ist, über dessen Ätiologie wir nichts Genaueres wissen; die Darierschen Körperchen sind nichts anderes als abnorm verhornte Epithelzellen. Der Name Psorospermosis kann demnach für die Erkrankung nicht festgehalten werden. Das Auftreten der seltenen Affektion scheint an eine individuelle und hereditäre Disposition gebunden zu sein. Die Therapie hat im allgemeinen bei der Darierschen Krankheit nur geringe Erfolge erzielt. Mit Rücksicht auf die teilweise glänzende Wirkung der Schilddrüsentherapie bei Ichthyosis, mit der die Darier'sche Krankheit Beziehungen zu haben scheint, wurden bei dem vom Verfasser behandelten und demonstrierten Falle bei Vermeidung jeder externen Therapie sieben Wochen lang täglich 3—6 Schilddrüsentabletten gegeben. Mit dieser Behandlung, bei der üble Nebenwirkungen nicht auftraten, wurde eine unverkennbare Rückbildung der Affektion an Brust und Rücken, weniger im Gesichte erzielt. *Götz-München.*

Ein Fall von Paget's Disease, von Maximilian Herzog. (*Zeitschr. „Medicine".* Juni 1899.) Lange Zeit als eine Krankheit sui generis, als ein durch spezifische Coccidien erzeugtes Eccema angesehen, welches schliefslich zu krebsiger Entartung führt, wird nun diese maligne papilläre Dermatitis der Mamma von den berufensten

Autoren für eine spezielle, sehr langsam wachsende Form von Carcinom gehalten, welcher Ansicht sich auch Herzog anschliefst. Auch in seinem näher beschriebenen und mit Illustrationen über die histologischen Befunde versehenen Falle, welcher eine 40jährige Frau betraf, waren die Hauptcharakteristica der Affektion vorhanden: auffallend langsames Wachstum besonders in den ersten Anfängen, geringer Grad von Malignität, indem nach operativer Entfernung Recidiv nur langsam sich einstellt, die Achsel- und anderen benachbarten Drüsen werden erst gegen das äufserste Ende der Krankheit hin befallen. Die nicht sehr ausgedehnte Geschwulst wurde entfernt und mit zahlreichen Schnitten (siehe die Abbildungen) untersucht. Epidermis wie Cutis waren ziemlich verdickt, erstere durch Proliferation und extensives Wachstum von Epithelzellen, letztere durch Infiltration und Rundzellen verschiedener Art ausgezeichnet. Die Zellinfiltration ist immer am stärksten um die Gefäfse herum, diese selbst zeigen häufig eine Zellinfiltration mit verschiedenen Zellen, einschliefslich Plasma- und eosinophiler Zellen. Weitere Einzelheiten sind blofs an der Hand der Zeichnungen verständlich; nach H. bildet diese papilläre Dermatitis ein treffliches Objekt füs das Studium der Entzündungsvorgänge, deren Histopathologie und der jetzt viel besprochenen Plasmazellen, da die letzteren in grofser Zahl bei dieser Affektion vorkommen. Obigen Namen hält jedoch H. für nicht zutreffend, sondern es handle sich um ein wirkliches Carcinom vom Beginn an, dessen Weiterverbreitung aber auf lange Zeit durch den in der Haut vorhandenen Schutzwall der Zellinfiltration verhindert wird. *Stern-München.*

Ein Fall von akuter Leukämie mit Thymustumor bei einem neunjährigen Mädchen, von Heinrich Reimann. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1899. No. 39.) Bei einem neunjährigen Mädchen stellten sich grofse Mattigkeit, Blässe und Brustschmerzen ein, dazu traten zahlreiche stecknadel- bis kreuzergrofse Hämorrhagien auf, so dafs die Haut mit blauen Flecken wie übersät erschien. Milzschwellung, Leber und Lymphdrüsenvergröfserung, Vermehrung der weifsen Blutkörperchen, Gingivitis, Fiebererscheinungen vollendeten das Bild einer akuten Leukämie, die in sechs Wochen zum Tode führte. Eine auffallende Pigmentierung der Haut, die einige Tage ante exitum sich einstellte, ist besonders bemerkenswert. Ähnliche Hautverfärbungen bei Leukämie sind von Marvin, Raymond, Wrigth beobachtet. — Aus dem Obduktionsbefund ist die Vergröfserung der Thymusdrüse hervorzuheben, die bei den immerhin seltenen Fällen akuter Leukämie im Kindesalter relativ häufig gefunden worden ist.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Pseudoleukämie und Lymphsarkomatose, von Wilhelm Türk. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1899. No. 40.) Ein genau beobachteter Fall giebt dem Verfasser Gelegenheit zu ausführlicher lehrreicher Erörterung der Pseudoleukämie und Lymphosarkomatose. An dieser Stelle können leider nur die Schlufssätze wiedergegeben werden:

1. Der Name Pseudoleukämie ist, da ihm ein einheitlicher Krankheitsbegriff nicht mehr entspricht, aus der Pathologie vollständig zu scheiden. 2. Es giebt aufser der sehr häufigen partiellen oder verallgemeinerten lymphomatösen Tuberkulose des lymphatischen Apparates eine durchaus eigenartige, in ihrer Ätiologie uns noch völlig unklare Art hyperplastischer Geschwulstbildung im lymphatischen System. 3. Diese eigenartigen Krankheitsformen, die man bisher zum Teil der Pseudoleukämie zurechnete, zum Teil als Lymphsarkomatose bezeichnet hat (und auch die lymphatische Leukämie gehört hierher) stehen zueinander in engster genetischer Beziehung, so dafs es unmerkliche und allmähliche Übergänge zwischen ihnen giebt. 4. Folgerichtig sind demnach alle diese genannten Prozesse unter dem Namen der Lymphomatose zu-

sammenzufassen und in ihren einzelnen Hauptformen als Lymphomatosis partialis oder universalis, Lymphomatosis destruens und Lymphosarkomatosis zu bezeichnen. 5. Die bisher allgemein als primäre lienale Pseudoleukämie diagnostizierten Fälle dürften vorwiegend der als Lymphomatosis destruens bezeichneten Kategorie einzureihen sein.

Die Zugehörigkeit der lymphatischen Leukämie zu der genannten Krankheitsgruppe will Verfasser in einem weiteren Aufsatze darthun.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Ein Fall von multiplen Hautfibromen, von T. F. Pearse. (*Lancet.* 21. Oktober 1899.) Bei dem Patienten, einem 40jährigen Mohammedaner, war fast der ganze Körper mit den erbsen- bis kleinapfelsinengrofsen, frei beweglichen rundlichen, teils derben, teils weicheren Tumoren besetzt. Dieselben bestanden seit seinem zehnten Lebensjahr, waren unempfindlich auf Berührung und liefsen keinen Zusammenhang mit den Nerven und auch nicht mit dem Lymphsystem erkennen.

Philippi-Itzehoe.

Ein Fall von Recklinghausenscher Krankheit, kompliziert durch sarkomatöses Gewächs des Plexus brachialis, von H. D. Rolleston. (*Lancet.* 29. Juli 1899.) Es handelte sich um einen 32jährigen, intelligenten Mann, welcher seit seiner Geburt auf der linken Schulter ein bis auf den Hals, Kopf, Rücken und Brust sich ausdehnendes und in gleichem Schritt mit dem sonstigem Wachstum zunehmendes Molluscum fibrosum dargeboten hatte. Die Haut war im allgemeinen bräunlich, zeigte aber diffuse kleinere Pigmentierungen wie Sommersprossen und auch einige gröfsere Pigmentgebiete, namentlich auf der rechten Körperseite. Über die Dauer dieser Verfärbungen war nichts Bestimmtes festzustellen. Ferner waren, als drittes Kardinalsymptom der Krankheit, auf dem Rücken linkerseits sowie rechts am Abdomen und in der Leiste einige subcutane Neurome zu konstatieren. Im weiteren Verlauf trat Ptosis des linken oberen Augenlides, Heiserkeit, sowie Parese, Anschwellung und Taubsein der linken Hand auf. Allmählich nahmen die Symptome zu. Wegen bedrohlicher Atemnot wurde die Tracheotomie ausgeführt und bei dieser Gelegenheit ein gröfser, die Trachea komprimierender, inoperabeler Tumor konstatiert. Tod erfolgte in Kollaps etwa drei Monate nach Beginn der Beobachtung. — Die sorgfältig ausgeführte und genau beschriebene Autopsie ergab im wesentlichen zahlreiche Fibroneurome, während das Neoplasma am Halse sich als Spindelzellensarkom auswies. Am Plexus brachialis hatte man den Eindruck eines aus einem Fibroneurom entstandenen Sarkoms. Verfasser schliefst sich der Payeschen Auffassung der Krankheit an und erklärt dieselbe durch einen Entwickelungsfehler des Mesoblasts im Corium und in den Nerven. *Philippi-Itzehoe.*

Beitrag zur Kenntnis des Fibroma molluscum (Virchow), von Paul Merken. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1899. No. 32.) Die Recklinghausensche Anschauung, dafs es sich bei den gutartigen, multiplen Hautfibromen um von den Nerven ausgehende Neubildungen handelt, hat sehr viel Zustimmung, aber auch einige Gegner gefunden. Die an zwei Fällen vom Verfasser ausgeführten Untersuchungen klären die Frage soweit, dafs die Entstehung keine einheitliche ist. Sicher ist das Perineurium in dem gröfsten Teil der Fälle der Ausgangspunkt, aber auch das die Haarbälge, Talgdrüsen, Schweifsdrüsen, Gefäfse umgebende Bindegewebe kann zu der Tumorbildung führen. Der Befund von Nervenfasern beweist noch nicht, dafs die Nervenscheiden die Ursprungsstelle der Geschwülste sind. Im übrigen sind es Fibrome mit mehr oder weniger gröfsem Zellreichtum ohne elastische Fasern. Die Nerven selbst sind weder hyperplastisch noch hypertrophisch. — Nicht selten ist das gleichzeitige Vorkommen

des Fibroma molluscum mit Fibromen der Schleimhaut und der inneren Organe. Das veranlassende Moment ist wohl für beide das gleiche (DU MESNIL). Etwas sehr häufiges ist die Kombination mit Pigmentflecken. — Die Anlage zu den multiplen Fibromen ist wohl eine kongenitale; ein Teil der Fälle ist angeboren, ein Teil entwickelt sich in der Jugend. Heredität ist oft nachweisbar; besonders scheinen geistesschwache Personen von diesem Leiden heimgesucht. Es handelt sich demnach um eine Mifsbildung im weiteren Sinne des Wortes, die den Naevis nahesteht. Sie unterscheidet sich besonders durch die Progredienz, die meist zu gutartigen, zuweilen auch zu bösartigen, sarkomatösen Neubildungen führt. (Die Neigung zu Progredienz ist auch vielen Naevis eigen, wenn sie auch oft spät hervortritt; aus einem bescheidenen, kongenitalen Pigmentflecke entwickelt sich nicht selten im Laufe der Jahre ein behaartes, warziges, entstellendes Gebilde. D. Ref.)

Jessner-Königsberg i. Pr.

Zur Pathologie des Molluscum contagiosum, von J. SELDOWITSCH. (*Russ. Arch. f. Pathol., klin. Med. u. Bakteriol.* Bd. V. Heft 3.) Die innerhalb der Neubildungen gefundenen Figuren, die von vielen Autoren als Coccidien angesprochen worden sind, hält Verfasser für Produkte der Zelldegeneration. Eine Infektionsfähigkeit hält er für möglich, aber nicht absolut notwendig.

Grünberg-St. Petersburg.

Beitrag zum Studium des Adenoma sebaceum, von AJELLO. (*Rif. med.* 1899. No. 60 u. 61.) Verfasser beschreibt den histologischen Befund eines Falles von Adenoma sebaceum, den er bei einer 62jährigen Patientin beobachtet hat. Danach besteht die Affektion, wie dies übrigens bereits von zahlreichen anderen Autoren bemerkt worden, aus einer Neubildung, die sich aus einer grofsen Anzahl von Drüsen zusammensetzt, welche traubenförmig angeordnet sind und mit Ausführungsgängen im Zusammenhange stehen, die mit denen des Haarbalgsystems vollständig übereinstimmen. Der Tumor entwickelt sich nach und nach durch eine fortschreitende hyperplastische und regenerative Bildung von Epithelien der bereits bestehenden Talgdrüsen, deren Struktur und Funktion sie ziemlich unverändert beibehalten hat. Die Bezeichnung von Adenoma sebaceum pafst deshalb für die Affektion vollständig.

C. Müller-Genf.

Über die schubweise auftretende entzündliche Schwellung bei Lymphangiomen, von TAVEL. (*Centralbl. f. Chir.* 1899. No. 30.) Die zuweilen bei Lymphangiomen sich einstellende enzündliche Schwellung haben KAETNER, WEGNER und andere auf das Eindringen entzündlicher Keime zurückgeführt, die durch kleine Läsionen (WEGNER) oder auch auf den Lymphbahnen hineingelangten. Verfasser hat die in Rede stehende Komplikation bei einem vier Monate alten Kinde mit Lymphangiom beobachtet. Der Fall kam zur Operation, dieselbe war eine sehr eingreifende, ein Rest mufste zurückgelassen werden. Aus einer tief gelegenen Cyste, die nur punktiert werden konnte, entleert sich schleimiger Eiter, in dem man bakteriologisch eine Reinkultur von Streptokokken fand. Diese sind also als die Urheber der entzündlichen Schwellung in diesem Falle anzusehen, wobei bemerkt werden mufs, dafs nur ein kleiner und sehr versteckter Teil der Geschwulst durch die Kokken infiziert worden war.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Ein Fall von Ichthyosis nigricans, von OHMANN-DUMESNIL. (*St. Louis med. and surg. Journ.* Sept. 1899.) Verfasser beschreibt unter Beifügung der Photographie die interessante Hauterkrankung eines 15 Monate alten Knaben, die in der zweiten Lebenswoche in Erscheinung trat. An den befallenen Stellen ist die Haut schwarz, hornig, trocken; die Vorderfläche des Körpers ist fast gänzlich von diesen

Ichthyosisschuppen bedeckt, an der Hinterseite finden sich ebenso wie im Gesicht auch weifse normale Stellen. Verfasser bespricht dann an der Hand der Lehrbücher die Pathognomie der Erkrankung. *F. Hahn-Bremen.*

Einige Pigmentstörungen der Haut, verglichen mit experimentellen Erscheinungen der Nebennieren, von Venanzi. (*Rif. med.* 1899. No. 12—16.) Nach den experimentellen Untersuchungen des Verfassers leben Meerschweinchen, denen nur eine Nebenniere exstirpiert wurde, ohne auffallende Erscheinungen weiter, sterben aber in kurzer Zeit, wenn beide Organe entfernt werden; wenn jedoch die eine Nebenniere nicht gleich nach der anderen exstirpiert wird, sondern zwischen den beiden Eingriffen eine gewisse Zeit verstreicht, so können einzelne Tiere weiter leben. Pigmenterscheinungen werden bei denselben weder auf der Haut noch auf den Schleimhäuten beobachtet. Die Sekretion ist in der Quantität merklich verändert. Das Blut und der Harn der Tiere, denen die Nebenieren entfernt worden, weisen toxische, auf die Zirkulation deprimierend wirkende Eigenschaften auf. Auf Frösche wirkt das wässerige Nebennierenextrakt toxisch. Die organische Resistenz der operierten Tiere ist gegenüber gewissen Pilzen und deren Toxinen vermindert. Die Verfärbung der übrig gebliebenen Nebenniere bei Tieren, denen die andere exstirpiert wurde, ist eine Folge von Blutaustritt und keineswegs von Bildung eines Pigmentstoffes. *C. Müller-Genf.*

Der therapeutische Gebrauch von Suprarenalextrakt, von Fr. Robin. (*Brit. med. Journ.* 7. Jan. 1899.) Der Verfasser berichtet über einen Fall, der alle Symptome der Addisonschen Krankheit darbot und unter der Behandlung mit Suprarenalextrakt sowohl innerlich wie in Injektionen verordnet, vollständig geheilt wurde. Die Kur wurde durch drei Jahre fortgesetzt. *C. Berliner-Aachen.*

In der Pariser Société Médicale des Hopitaux (*Presse méd.* 1899. No. 52) stellten Enriquez und Lereboullet einen Patienten mit **allgemeiner Arsenikmelanodermie**, die Addisonsche Krankheit vortäuschte, vor. Der 47jährige Mann hatte wegen eines Ekzems der Hände und Füfse, das mit Schwäche und fortschreitender Abmagerung einherging, seit 18 Monaten täglich ohne Unterbrechung 16 Tropfen Liquor Fowleri bekommen. Sechs Monate nach Beginn dieser Behandlung nahm die Pigmentierung ihren Anfang; es wurde damals die Diagnose auf Addisonsche Krankheit gestellt, und die Arsenikkur fortgesetzt. Die Verfärbung nahm seitdem rapid zu, ohne dafs grofse Schwäche, gastrointestinale Störungen oder Schmerzen in der Lendengegend aufgetreten wären. Die Melanodermie nimmt den ganzen Körper ein, die Verfärbung ist jedoch keine gleichmäfsige, vielmehr erscheinen einzelne Stellen fahl oder braun, andere schiefergrau oder fast schwarz. Auf dem pigmentierten Grunde finden sich kleine dunklere und hellere Flecken, so dafs die Haut ein gesprenkeltes Aussehen hat; diese Flecken sind am Abdomen und an der Wurzel der Extremitäten am zahlreichsten. Das Gesicht weist gleichmäfsige Verfärbung auf, Hände und Füfse sind fast frei, die Haut der Genitalien und besonders die des Skrotums ist weniger pigmentiert als die Haut der nächsten Umgebung. Nach der Sistierung der Arsenikmedikation scheint übrigens die Pigmentierung zurückgegangen zu sein. — Der Fall ist interessant wegen der Schwierigkeiten der Diagnose, sowie wegen der relativen Kleinheit der die Pigmentierung hervorrufenden Arsenikdosis. Das letztere Moment ist wieder ein Beweis dafür, dafs bei Verwendung eines jeden Medikaments mit individuellen Reaktionen gerechnet werden mufs. *Göts-München.*

Regressive Ernährungsstörungen.

Die chirurgische Behandlung der Varicen, von J. O'Conor. (*Lancet.* 14. Okt. 1899.) Verfasser empfiehlt die Totalexstirpation der varikösen Partien nebst doppelter Unterbindung und Entfernung der Vena saphena interna an ihrer Mündung. Seit 1896 hat er 40 Fälle so behandelt und als einzige Störung nur ein auf Massage sich wieder verziehendes Ödem beobachtet. *Philippi-Itzehoe.*

Ein sehr praktisches Verfahren zur Heilung des Unterschenkelgeschwürs, von A. G. Cipriani. (*Therap. Monatsh.* 1899. No. 8.) Verfasser befolgt bei der Behandlung des Ulcus cruris das folgende Verfahren:

1. Sorgfältiges Waschen des Geschwürs mit heifsem Wasser.
2. Abtupfen der Stelle mit Jodoformsalbe.
3. Anwendung von Streujodoform, welches auf die Oberfläche des Geschwürs leicht aufgestreut wird.
4. Verband über das ganze Bein vom Knie bis zum Knöchel aus Leinwandstreifen von 4—5 Lagen übereinander, welche leicht ausgedrückt sein müssen, nachdem sie in Formaldehydlösung von 1—2% getaucht sind, entsprechend der Konstitution des Kranken.
5. Verband von anderen Streifen Leinwand, die wieder gut ausgedrückt sind nachdem sie in eine Formaldehydlösung von 2—4% getaucht worden sind.
6. Gleichmäfsiger Druckverband.

Diese Behandlung wird alle 12—24 Stunden erneuert und heilt auch ausgedehnte Geschwüre in relativ kurzer Zeit. *I. Bloch-Berlin.*

Über Radikalbehandlung der Unterschenkelgeschwüre, von Felix Paczauer. (*Wien. klin. Rundsch.* 1899. No. 32.) Hartnäckige Ulcera cruris, die mit ausgebreiteten Varikositäten einhergehen, bedürfen einer Radikalbehandlung. Nicht immer genügt dazu die Transplantation, es bedarf noch der Unterbindung des Stammes der erweiterten Venengeflechte. Einen Fall führt Verfasser genau an. — Zum Verband nach der Transplantation empfiehlt Verfasser in sterilisiertes Oleum ricini getauchtes Staniolpapier, da dieses nie mit den Läppchen verklebt. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Eine schnelle und erfolgreiche Behandlung der chronischen Beingeschwüre, von Ohmann-Dumesnil. (*St. Louis Med. and Surg. Journ.* März 1899.) Die Behandlungsmethode besteht in Abwaschung mit 1‰ Sublimatlösung und nachfolgender Applikation von Antinosin; darüber ein leichter Verband. Antinosin ist ein dunkelblaues Pulver, seiner chemischen Zusammensetzung nach Tetrajodphenolphthalein-Natron. Zur Illustrierung seiner Erfolge bringt Verfasser eine ganze Reihe von Krankengeschichten mit zahlreichen Abbildungen der teilweise greulichen Geschwüre; viele wurden „fast geheilt" entlassen, die Behandlungsdauer erstreckte sich auf Monate, über die Recidive wird nichts gesagt. Verfasser empfiehlt seine Methode besonders den praktischen Ärzten, daraus scheint hervorzugehen, dafs sie ambulant durchführbar ist; gesagt wird dies nicht. Ob das Mittel mehr leistet, als früher empfohlene, mufs man abwarten. *F. Hahn-Bremen.*

Die Behandlung der chronischen Unterschenkelgeschwüre, von A. Koehler. In instruktiver Weise erörtert der erfahrene Verfasser zunächst die allgemeinen und örtlichen Hindernisse, welche sich der Heilung der Unterschenkelgeschwüre entgegenstellen: die Allgemeinerkrankungen (Lues), den Aberglauben, die sozialen Verhältnisse, den nicht selten zu findenden bösen Willen der Kranken, die ihr Unterschenkel-

geschwür als Mittel brauchen, um in schlechten Zeiten unterzukommen, die starke Hautspannung, die Varicen. Gegen letztere gelten als palliative Mafsregeln Kompression mittelst Binden, Lederhülsen, Strümpfe, Landerer'sches Strumpfband, als radikale die blutige Inangriffnahme der erweiterten Venen. Bei den Resektionen bilden die sehr oft vorkommenden Varietäten im Verlaufe der Gefäfse oftmals Schwierigkeiten. Zur Erweichung harter Ränder dienen Dunstverbände mit Burow'scher Lösung etc., langdauernde warme Bäder, Einwickelung mit Martin'scher Gummibinde, Baynton'scher Heftpflasterverband, Volkmann's Watteverband. Wo dieses nicht hilft, sind Circumcisionen am Platz. Bei sinuösen Geschwüren müssen die unterminierten Geschwüre mehrfach gespalten oder abgetragen werden. Wo Bettruhe nicht durchführbar, ist bei atonischen Geschwüren mit schlechten Granulationen, aufgeworfenen Rändern, infiltrierter Umgebung eine vorsichtige Massage am Platze. Bei reinen, gut granulierenden Geschwüren, die mäfsig secernieren, ist Überpflanzung durch Lappenverschiebung, Übertragung gestielter und ungestielter Hautlappen, Thiersch'sche Transplantation anzuwenden nach vorheriger Anfrischung des Geschwürs. — Zum Schlufs kommt Verfasser noch auf die ambulante Behandlung der Unterschenkelgeschwüre zu sprechen, faist sich hier aber, wo es sich um für jeden praktischen Arzt hochwichtige Aufgaben handelt, sehr kurz. Auf die genauere Technik geht er gar nicht ein. Es hat dieses Heft daher nur für denjenigen Wert, der in der glücklichen Lage ist im Krankenhause Ulcera cruris zu behandeln. (*Samml. klin. Vortr.* No. 231.) *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Die Behandlung der Hämorrhoiden, von J. Boas und F. Karewski-Berlin. (*Ther. d. Gegenw.* Okt. 1899.) Ersterer der beiden Autoren bespricht die interne, letzterer die chirurgische Behandlung. Als Ausgangspunkt einer sachgemäfsen Therapie hält B. die Hervorhebung der Thatsache für nötig, dafs das Hämorrhoidalleiden eine Krankheit des Mastdarms ist — und abgesehen von Komplikationen — bleibt. Aufser den viel selteneren Ursachen wie Tumoren des Rectum und dessen Umgebung, Gravidität, Geschwürsbildungen im Dickdarm u. s. w. ist meist habituelle Obstipation die Ursache, aber auch häufige Diarrhoe oder Wechsel derselben mit Verstopfung. Bei der Behandlung kommt also die Beseitigung der habituellen Obstipation in Betracht, und zwar in erster Linie mit diätetisch-hygienischen Mafsregeln, dann mit Massage oder elektrischer Behandlung und, wenn alle diese Mittel nichts nützen, beginnt das Stadium der Abführmittel oder Klysmata, welch letztere jedoch möglichst zu vermeiden sind. Die Mineralwässer, Traubenkuren schliefsen sich in ihrer Wirkung den verschiedenen Abführmitteln an. Bei Exkoriationen der Varicen, vielleicht auch bei kleinen Blutungen, können die Suppositorien oder Salbenmischungen wirksam sein; die Rezeptformeln für Chrysarobin-Jodoformsuppositorien und -Salben giebt B. genau an, ebenso die für Jodglycerinapplikation auf die Knoten (anfangs Kal. jodat. 2,0 auf Glycerin. pur. 35,0, später Kal. jodat. 5,0 auf Glycerin 40,0 und Jodi puri 0,2—1,0). Gegen die habituellen Blutungen steht für B. die Hamamel. virginica als Fluidextrakt oben an und zwar zieht er das amerikanische (Parke, Davis & Co.) den deutschen Präparaten vor; das Mittel wird am besten innerlich (dreimal täglich 1 Theelöffel) oder auch als Suppositorium (0,25 auf 20 Suppositorien) gegeben. Bei bedrohlichen akuten Blutungen ist Tamponade mit Ferripyrin-, Eisenchlorid- oder Jodoformgaze zu machen. Eine weitere Komplikation besteht in Einklemmung von Hämorrhoidalknoten, nach Einführung eines Suppositoriums von Opium oder Kokain versucht man in Seitenlage die Reposition mit oder ohne lokale oder allgemeine Anästhesie. Die dritte Komplikation, Hämorrhoidalvorfall, wird am besten durch die Radikaloperation beseitigt. Karewski erinnert bei Besprechung der chirurgischen Be-

handlung eingangs daran, daſs sehr ernste Mastdarmerkrankungen, wie hochsitzende Strikturen, Carcinome, polypöse Wucherungen einen ähnlichen Symptomenkomplex verursachen können wie die Hämorrhoiden und vor jedem operativen Eingriff genaue Besichtigung und Abtastung auch der höheren Mastdarmpartien vorzunehmen und eine ganz exakte Diagnose zu stellen ist. Unsicher in Bezug auf Dauerheilung sind die beliebten Injektionen von Karbolglycerin (10—50%) in die Knoten. Wirksamer ist die gewaltsame Sphinkterendehnung, weniger wirksam die stumpfe Dilatation der Sphinkteren und das Hantelpessar. Dauerheilung ist jedoch fast ausschlieſslich durch die Radikaloperationen zu erhoffen: die Ligatur bei vereinzelten Knoten, die Kauterisation mit dem Glüheisen und die Excision bei groſsen Entartungen der Schleimhaut. Auch bei kleinen Knoten möchte K. dem Radikalverfahren jedesmal den Vorzug geben. Die anderen können nur bei messerscheuen Patienten in Frage kommen oder wenn aus besonderen Gründen energisches Vorgehen kontraindiziert ist; die Karbolsäureinjektion scheint unter ihnen am meisten Wert zu haben. Prolabierte entzündete und incarcerierte Knoten kann man unter antiseptischer Wundbehandlung oft sich selbst überlassen, weil sie spontan durch diese Therapie per naturam zum Schrumpfen kommen. Der Besprechung der einzelnen Operationsmethoden nebst den dazu notwendigen diätetischen und hygienischen Vorbereitungen schlieſst Karewski noch eines über die Nachbehandlung an, wie sie jetzt wohl allgemein üblich ist.

Stern-München.

Eine Übersicht über die verschiedenen Hämorrhoidaloperationen: die beste Operation, von J. Coplin Stinson-San Franzisko. (*New York med. Journ.* 26. Aug. 1899.) St. hatte schon früher die verschiedenen Operationen besprochen und die Gründe angegeben, weshalb er die Methode der unmittelbaren Excision mit Ligatur der blutenden Gefäſse für die beste halte. Die Verbesserungen, welche er ersann, bezogen sich besonders darauf, die Notwendigkeit zu vermeiden, daſs man ein Sims Speculum in das Rectum einführen muſste, um die Blutgefäſse zu unterbinden, und mit der Zange die abgeschnittenen Ecken zu fassen, sodaſs sie genäht werden können. Nachdem die inneren Hämorrhoiden gefaſst und genügend weit hervorgezogen sind, werden die einzelnen Knoten unter gehöriger Vorsicht abgeschnitten, d. h. so, daſs die Gefäſse einzeln unterbunden und zur Naht noch genügend Schleimhautmaterial verwendet werden kann. Eine spezielle Zange, welche unter diesen Umständen Hebel-, Zug- und hämostatische Wirkung ausübt, wurde von St. in seinen letzten 60 Fällen zu diesem Behufe mit vollständig befriedigendem Erfolge angewandt. Es ist dieses Instrument früher schon von St. in derselben Absicht (Hebel-, Zug- und hämostatische Wirkung) bei der Enukleationsmethode von Ovariotomie und Salpingotomie ohne gleichzeitige Ligatur, Klemme oder Kauterisation, wenn die Ausschälung von Ovarium und Tube u. s. w. etwas schwierig war, und auch von anderen Chirurgen schon bei Hämorrhoidaloperationen verwandt worden. Die kleine Arbeit enthält keine weiteren Operationsvorschriften. *Stern-München.*

Die Behandlung der Hämorrhoiden mittelst Karbol-Cocaininjektionen, von S. G. Schalita. (*Wien. med. Blätter.* 1899. No. 46.) Nach Anwendung der üblichen Hämorrhoidaloperationen an Hunderten von Fällen ging Verfasser zur Anwendung der Injektionen über nach einem Verfahren, das er sich selbst ausgebildet hat. Er injizierte eine Mischung von $^2/_3$ Acid. carbol. liquefactum und $^1/_3$ 2%ige Cocainlösung, und zwar in einer Sitzung so viel, bis alle Knoten gesättigt erschienen, stellenweise weiſs zu werden begannen. Die Schmerzhaftigkeit war eine geringe, eine Allgemeinreaktion erfolgte nicht, Karbolsäure war im Harne nicht nachzuweisen, sonstige Komplikationen blieben aus. Am 8.—9 Tage wurden die nekrotischen Knoten zum

Teil entfernt, zum Teil fielen sie ab. Die Wundflächen hatten dasselbe Aussehen wie nach der Kauterisation und nach der Ligatur. Etwas schmerzhaft ist die Injektion höchstens bei äufseren Knoten; letztere müssen von der Schleimhaut aus angestochen werden. Spritzt man zu viel ein, ist man ungeübt, dann kann es zur Nekrose grofser Schleimhaut- resp. Hautstücke kommen. — Vor der Operation 1—2 Tage Bäder und Abführmittel, unmittelbar vorher ein Clysma. Knie-Ellenbogenlage oder Seitenlage, Desinfektion mit Sublimatlösung, langsame Injektion (bei äufseren Knoten nur einige Tropfen), die Nadel langsam entfernen, Kompression. — Stuhl kann eventuell schon Tags darauf erfolgen. — Verfasser lobt das Verfahren sehr.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Die Behandlung der nach Allgemeinerkrankungen auftretenden Alopecien, von Brocq. (*Arch. d. thérapeutique clin.* Juni 1899.) Bei sehr starkem Haarausfall nach einer Allgemeinerkrankung wird am besten die ganze Kopfhaut zwei bis drei Wochen lang alle vier oder fünf Tage rasiert; dadurch wird die Applikation der Medikamente erleichtert und ihre Wirkung beschleunigt. Bei mäfsigem Haarausfall sind die Haare sorgfältig und vorsichtig auszukämmen, wobei die kranken und bereits gelockerten Haare entfernt werden. Dann wird nach vorausgegangener Reinigung mit Seife und Wasser die Kopfhaut täglich mit einer reizenden Flüssigkeit gewaschen; es werden dazu alkoholische Lösungen mit Rum, Kampferspiritus und dergleichen und einem aromatischen Spiritus verwendet; Zusatz von Chinin, Formol, Sublimat etc. erhöht die Wirkung dieser Lösungen. Von Zeit zu Zeit sind die Haare aufserdem mit Oleum amygdalarum, parfümiertem Ricinusöl etc. einzufetten. Wenn die Haare sehr trocken und brüchig sind, werden an Stelle der Waschungen oder abwechselnd mit diesen reizende Salben eingerieben; solche Salben sind z. B. Acid. gallic. 1,0, Ol. ricin. 10,0, Vaselin 20,0; oder Chinin. sulfur. 2,0, Balsam. peruv. 1,0, Ol. amygd. 10,0, Medull. bovin. 20,0. — Wenn gleichzeitig mit der Alopecie Seborrhoea oleosa oder Pityriasis capitis besteht, so mufs in erster Linie diese in geeigneter Weise bekämpft werden. — Selbstverständlich mufs neben der örtlichen Behandlung eine dem Zustand des Patienten und der vorausgegangenen Krankheit entsprechende Allgemeinbehandlung durchgeführt werden. (Nach *L'Independance médicale.* 1899. No. 27.)

Götz-München.

Ergrauen der Haare infolge von Aufregung, von Boissier. (*Prog. méd.* 1899. No. 24.) Bei einem 38jährigen gesunden kräftigen Bauern mit dichtem kastanienbraunen Haare begann am Tage nach einem sehr heftigen Schrecken ein starker Haarausfall am Schädel, an der Bartgegend, sowie an den Augenbrauen, so dafs der Mann nach acht Tagen vollständig kahl war. Gleichzeitig wurde die Haut des Kopfes und des Gesichts, die vorher stark gebräunt gewesen war, blafs. Unmittelbar darauf begannen an den kahl gewordenen Stellen wieder Haare zu wachsen, die aber viel feiner, weicher und etwas spärlicher als die ursprünglichen und überdies vollständig weifs wie die Haare eines Albinos waren. Die Sensibilität der Kopf- und Gesichtshaut war nicht alteriert. Die Haare der übrigen Körperregionen erlitten keine Veränderung.

Götz-München.

Fall von Vitiligo, von F. Epstein. (*Allg. med. Centralztg.* 1899. No. 58.) Der 20jährige Patient, dessen Haut bis zum 14. Jahre normal koloriert war, bemerkte vor sechs Jahren in der Gegend der vorderen oberen Darmbeinstacheln beiderseits das Auftreten von weifsen Flecken, die allmählich den Kämmen der Darmbeinschaufeln entlang sich vergröfserten und nun in einer Ausdehnung von 10—12 cm Länge und 3—6 cm Höhe zu sehen sind. Analoge Flecke stellten sich in den letzten 1½ Jahren in der linken oberen Hälfte der Penishaut, in den Schlüsselbeingegenden und in der

Mitte des rechten Pectoralis major ein. An der Beugeseite des rechten Vorderarms sieht man nahe der Ellenbeuge zwei im Entstehen begriffene, etwa linsengroſse Flecke. Es handelt sich um typische Vitiligo, ohne weitere Veränderungen der Haut. Urin normal. — Patient führt die Krankheit auf das Tragen eines Gypskorsetts zurück, welches an den Darmbeinkämmen seine Stützpunkte fand. *I. Bloch-Berlin.*

Ein Fall von Myxödem im früheren Kindesalter, von N. S. Korssakow. (*Detskaja med.* 1898. No. 2.) Bei dem siebenmonatlichen Brustkinde konnte ödematöse Schwellung des Gesichts, Halses und des oberen Teiles der Brust konstatiert werden; dabei war Macroglossie vorhanden. Ätiologisch könnte Abusus spirituosorum des Vaters in Betracht genommen werden. Es wurde Thyreoidinbehandlung eingeleitet, die nach zwölftägigem Gebrauch bemerkbare Besserung des Zustandes zur Folge hatte. *Grünberg-St. Petersburg.*

Die frühzeitige Diagnose des Myxödems, von C. W. Chapman. (*Lancet.* 30. Sept. 1899.) Kurzer Bericht über drei Fälle, bei denen die Diagnose nicht gleich gestellt wurde: 1. Eine 27jährige Kinderwärterin litt bereits sechs Jahre an chlorotischen Symptomen; klagte über Appetitlosigkeit, Schwäche, Ohnmachten, Unsicherheit auf den Beinen, spärliche Menstruation, welche Erscheinungen sich bei Behandlung mit Eisen und Arsenik etwas besserten. Neun Monate später jedoch trat wesentliche Verschlimmerung ein mit deutlichen Zeichen von Myxödem. Thyreoidbehandlung war durchaus erfolgreich.

2. Eine 59jährige Frau, welche seit sieben Jahren mit den Diagnosen Anämie und Herzverfettung behandelt worden war, zeigte bei der Aufnahme ausgesprochene myxödematöse Erscheinungen. Dieselben hatten schon früher bestanden.

3. Eine 32jährige Frau, die an Rheumatismus gelitten hatte, wurde wegen Katarrh und Verdacht auf Herzfehler behandelt, bis der Eintritt deutlicherer Symptome die Diagnose sicherten. Heilung unter Thyreoidbehandlung wie bei 2.

Verfasser macht auf die Bedeutung der chronischen Anämie als ein Vorbote des Myxödems aufmerksam, sowie der Allgemeinsymptome, Neigung zum Fallen und geistige Stumpfheit. Ferner bedingt das Mucin am Auge eine gewisse schlaffe Quellung der Conjunctiva („Bright's lye", die im Verein mit Albuminurie bei chronischer Nierenentzündung sich findet, ohne Urinveränderung aber auf Myxödem deutet. Am deutlichsten sieht man die Störung an der Bindehaut, wenn man das untere Augenlid am äuſseren Winkel des Auges etwas in die Höhe schiebt.

Philippi-Itzehoe.

Ein Beitrag zur Therapie des Lupus erythematosus, von J. Bukovsky. (*Wien. med. Wochenschr.* 1899. No. 31.) Die Frage der Heilung des Lupus erythematosus hängt natürlich zusammen mit derjenigen nach der Ätiologie, welche Verfasser zunächst erörtert. Von internen Heilmitteln wurde auf der Janovskischen Klinik kein Erfolg gesehen. Die externe Behandlung soll leicht und bequem, ohne Berufsstörung durchführbar sein, keine schmerzhafte Reaktionen und keine Narben hervorrufen. Die Seifen, besonders als Spiritus sapon. kalinus, bewährten sich zuweilen; überfettete Salicyl- oder Resorcinseife schafften in einigen Fällen gutes. Weniger wirksam war Schwefel. Aqua plumbi bewährte sich bei entzündlichen Erscheinungen. Jod und Naphtol nützten nichts, Ichthyol ist zur Beseitigung der Hyperämie nach anderen Methoden brauchbar. Ohne auf die anderen Verfahren, die Verfasser aufzählt, einzugehen, wollen wir noch drei Methoden erwähnen, die vom Verfasser erprobt sind: Zunächst die von Brocq und Veiel eingeführte Trichloressigsäure, die mit Glasstab aufgetragen wird, worauf sich ein Schorf bildet, der etwa eine Woche haftet. Von

elf so behandelten Fällen wurden fünf geheilt, zwei gebessert; vier blieben unbeeinflufst. Die geheilten Fälle waren sämtlich frische, mit wenig verbreiteten Herden. Die Pinselungen mit Arsenlösung nach Schuetz wurden bei fünf Patienten angewendet. Ein Fall reagierte gar nicht, trotzdem die Lösung durch drei Wochen zweimal täglich appliziert wurde, zwei Fälle reagierten sehr stark. Vollkommen geheilt wurde kein Fall, drei wurden gebessert. — Sehr günstig äufsert sich Verfasser über die Applikation von Salicylpyrogalluscollodium nach Brooke, die einfach, schmerzlos und erfolgreich ist. Es wird auf die Haut aufgetragen:

Acid. salicyl.	40,0
Acid. pyrogallic.	10,0
Collodii	100,0.

Die sich bildende Decke haftet gewöhnlich 4—5 Tage, worauf sie sich vom Rande abzulösen beginnt. Nach 7—8 Tagen fällt sie ab, worauf die Prozedur wiederholt wird. Vor der Applikation gründliche Entfettung der Haut. Es folgt auf die Bepinselung ein mäfsiger, höchstens eine halbe Stunde anhaltender Schmerz; die umgebende Haut reagiert niemals. Lokal zeigte sich nach dem Abfall des Kollodiums eine mäfsige Desquamation mit schwachen Infiltraten oder es entstand 2—3 Tage nach der Applikation eine mäfsig schmerzhafte entzündliche Dermatose mit Exkoriationen, die in einigen Tagen heilten. Diese lebhafte Reaktion erfolgte nur in zwei Fällen. Die Heilung erfolgt unter Bildung einer normalen Haut in 14—70 Tagen. — Sobald die Kollodiumdecke abzublättern beginnt, wird ein indifferentes Fett oder Lassarsche Paste aufgelegt, eventuell bei lebhafter Entzündung eine 1%ige Resorcinlösung. Die Hyperämie nach Epidermisierung wird mit 10% Ichthyolsalbe oder Ichthyolglycerin beseitigt. — Bei bedeutender Hyperkeratose, besonders beim Sitz an den Extremitäten alterniert man mit Salicylseifenpflaster. Im ganzen hat Verfasser von der Brookeschen Methode die besten Resultate gesehen, weshalb er sie sehr warm empfiehlt.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Fall von Lupus erythematosus, von Chotzen. (*Allg. med. Centralstg.* 1899. No. 58.) Verfasser demonstriert einen Fall von Lupus erythematodes bei einer 38jährigen Frau, der neben der discoiden Form (frische Eruptionen auf den Wangen, symmetrische Narben auf Brust und Rücken) die disseminierte Form in beiden Hypochondrien und gleichzeitig die mit Lupus pernio bezeichnete Form zeigt. Aufserdem ist der Fall bemerkenswert durch das späte Auftreten von kleinen Herden auf dem Nasenrücken, lange nach der Entwickelung der Wangenherde, wodurch bewiesen wird, dafs die für den Lupus erythematosus typische Schmetterlingsfigur des Gesichts den Schmetterlingskörper auf der Nase nicht immer zuerst entwickelt. Die Handflächen sind ebenfalls ergriffen. Das Fehlen jeglicher Schuppenbildung auf den frischen Herden beweist, dafs die epidermidalen Veränderungen kein charakteristisches, sondern nur ein accidentelles Symptom des Lupus erythematosus bilden. *I. Bloch-Berlin.*

Ein Fall von Lupus erythematosus, behandelt nach Joseph Schütz, von J. Liberson. (*Estendaljaik.* 1898. No. 12.) Die befallene Kopfpartie wird nach der Methode von Joseph Schütz mit Fol. Fowleri bestrichen, wodurch dieselbe das Bild eines squamösen Ekzems darbietet. Eine 10%ige Lösung genügt, anfangs eine gewisse Reaktion und alsdann Heilung zu bewirken. *Grünberg-St. Petersburg.*

Sekretionsanomalien.

Die Behandlung des Schweifsfufses, von ADLER. (Therap. Beilage No. 10 der *Dtsch. med. Wochenschr.* 1899. No. 40.) Verfasser empfiehlt in diesem Aufsatz das Formalin und Tannoform, ersteres zum Baden und Pinseln bei fehlenden Macerationserscheinungen, letzteres besonders zum Pudern der Interdigitalfalten und bei Maceration der Haut, wo die Formalinlösung brennt. Über den HEBRAschen Salbenverband, der sicher vorzügliches geleistet hat, so lange man die so bedeutend bequemere Anwendung des Formalins noch nicht kannte, urteilt Verfasser ohne Grund durchaus absprechend, denn nach eigener Aussage hat er ihn nie probiert.

F. Hahn-Bremen.

Saprophyten und Fremdkörper.

Subcutanes Emphysem, entstanden während des Erbrechens, von A. W. DUNNING-St. Paul, Minn. (*Med. News.* 26. Aug. 1899.) Verheiratete, 28jährige Frau, welche sonst immer gesund war, wurde im dritten Monate der Schwangerschaft von sehr heftigem Erbrechen erfafst, fühlte dabei einmal plötzlich einen starken Schmerz an der linken Seite des Halses und unmittelbar darauf zeigte sich eine hochgradige Schwellung, welche die ganze linke Halsseite bedeckte. Den folgenden Tag wurde dieses Hautemphysem, als welche sie sich bei genauer Untersuchung entpuppte, so diffus, dafs man Krepitation über der ganzen linken Seite des Gesichtes bis zum unteren Rand der Orbita fühlte, die Schwellung ging auch hinüber bis zur rechten Gesichtshälfte und den Nacken hinab bis zur Spina scapulae. Am dritten Tage nahm die Schwellung beträchtlich ab, während erneuten Brechanfalles jedoch trat sie wiederum und in erhöhtem Grade auf, bis sie nach zehn Tagen völlig verschwand. Patientin hatte subjektiv nur ein brennendes, unangenehmes Gefühl über der emphysematösen Stelle und das Gefühl, als wäre eine grofse Menge Gas im Magen, aufserdem fühlte sie bei jedem Schluckakt an der dem Aufsenschmerz entsprechenden Stelle deutliches Unbehagen. Weitere Schlüsse will D. noch nicht aus dem Fall ziehen.

Stern-München.

Ikterusepidemie bei Kindern, von FRINGUET. (*Presse méd.* 1899. No. 53.) Der Verfasser bekam im Verlaufe von ca. 2½ Monaten drei Fälle von Ikterus bei Kindern in Behandlung; Nachforschungen ergaben, dafs gleichzeitig noch weitere vier Kinder an Ikterus erkrankt waren, und zwar besuchten alle sieben Kinder, die aus verschiedenen Ortschaften stammten, ein- und dieselbe Schulklasse. Die Krankheit nahm in allen Fällen einen leichten, unkomplizierten, raschen Verlauf; die Symptome waren die des gewöhnlichen katarrhalischen Ikterus. Fieber bestand in keinem Falle; dagegen war der Puls bei den vom Verfasser behandelten Kindern bedeutend verlangsamt (bis zu 55 Schlägen). Die Behandlung bestand in Verabreichung eines salinischen Abführmittels im Anfange, von Kalomel gegen das Ende, aufserdem wurde Salol, Vichyer Salz und Gerstenwasser gegeben und Milchdiät verordnet. Über die Ätiologie, sowie über die Art der Verbreitung der Affektion weifs der Verfasser nichts Bestimmtes anzugeben; sicher ist nur, dafs die sieben Kinder in der Schule dicht nebeneinander safsen; dagegen konnte nicht nachgewiesen werden, dafs sie alle aus dem nämlichen Brunnen getrunken hätten.

Götz-München.

Der Bacillus icteroides als Ursache des gelben Fiebers. Zur Antwort an Prof. SANARELLI, von GEORGE M. STERNBERG-Washington. (*Med. News.* 10. Aug. 1899.) In längerer Ausführung sucht ST. den Nachweis zu liefern, dafs der von SANARELLI

als Ursache des gelben Fiebers angegebene Bacillus icteroides nicht die Spezifizität besitzt wie SANARELLI glaubt. Von den Beweisgründen STERNBERGS seien kurz folgende angeführt: Der Bacillus von SANARELLI wächst leicht in den Nährmedien, welche auch ST. anwandte, aber bei 19 typischen Fällen von gelbem Fieber, bei welchen ST. auf diese Nährmedien Blut aus dem Herzen von Gelbfieberkadavern brachte, blieben die Kulturen in 15 steril; bei dreien von den vier Fällen, wo Wachstum stattfand, wurde ein dem Bacterium coli commune identischer Bacillus gefunden und ST. glaubt, dafs manche von jenen Bakteriologen, welche SANARELLIS Bacillus gefunden zu haben vermeinten, für ihn einen der Arten des Bacterium coli fälschlich gewonnen haben. SANARELLIS Bacillus ist, Schweinen und Kaninchen subcutan in ganz kleinen Dosen injiziert, tötlich; STERNBERG entnahm Blut aus Herz und Leber der frischen Leichen, dasselbe war aber für 8 von 10 Schweinen und 7 von 8 Kaninchen nicht tötlich. Aus weiteren Untersuchungen, welche die Doktoren REED und CAVOLL am Army medical museum während der letzten zwei Jahre anstellten, schliefsen mit Sicherheit diese beiden Forscher, dafs der Bacillus von SANARELLI, wie der Bacillus coli, ein pathogenetischer Saprophyt ist, welcher gelegentlich und zufällig im Blut und Gewebe der Gelbfieberpatienten vorkommt, dafs aber seine ätiologische Beziehung zu dieser Krankheit nicht festgestellt ist. *Stern-München.*

Ein neues Dokument zur Geschichte und Verbreitung des Guineawurmes (Filaria medinensis) im Altertum, von I. BLOCH. (*Allg. med. Centralztg.* 1899. No. 60.) Verfasser teilt eine bisher ganz unbekannte Stelle aus den „Ärztlichen Fragen" des um 90 n. Chr. lebenden griechischen Arztes RUFUS VON EPHESUS mit, welche eine ausgezeichnete Symptomatologie der Medinawurmkrankheit, so „dafs man z. B. selbst bei KAPOSI nicht viel mehr darüber findet." Besonders merkwürdig aber ist diese Stelle durch den Umstand, dafs FEDSCHENKOS bekannter Nachweis (1879), dafs das Trinkwasser die Krankheit verbreitet, von RUFUS bereits 1800 Jahre früher antizipiert worden ist. „Als ich fragte, ob die Krankheit bei den Arabern häufig vorkomme, wurde mir gesagt, dafs sowohl die Araber auf diese Weise erkranken, als auch viele angekommene Fremde von der Krankheit befallen würden, weil sie das Wasser tränken. Denn dies sei die Hauptursache der Krankheit."

I. Bloch-Berlin.

Verschiedenes.

Taillensuspensorium, von LOEB-Mannheim. (*Therap. Monatsh.* Okt. 1899.) LOEB empfiehlt ein Suspensorium, dessen Gurt in der natürlichen Taille läuft. Von ihm ausgehend, laufen elastische Bänder längs der Leistenfalte zum Tragbeutel. Diese kreuzen sich an der Spina anter. super. ilei mit den von hinten nach vorn in die Höhe steigenden Schenkelriemen. Das Suspensorium LOEBS soll gut sitzen und seinen Zweck der Hodensuspension vollkommen wie alle anderen Modelle erfüllen. Es kann, wie LOEB angiebt, auch abgesehen von akuter Epididymitis, über dem Hemd getragen werden. *Hopf-Dresden.*

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XXX. No. 6. 15. März 1900.

Motto: „In certis fortiter,
In dubiis prudenter!“

Inwieweit vermögen alle bisher angegebenen spezifischen Färbungen des Elastins auch Elacin zu färben?

Gekrönte Preisarbeit.

Von

Dr. Franz Krzyształowicz-Krakau.

Unter den zahlreichen Elementen, aus denen der komplizierte Bau der eigentlichen Haut besteht, fällt den elastischen Fasern — welche alle übrigen Elemente wie ein Netz umspannen — eine sehr wichtige Rolle zu. Dessen ungeachtet gingen die Meinungen verschiedener Autoren über deren Bedeutung lange Zeit auseinander, bis erst Unna in seinen anatomischen Arbeiten über die Haut diese Frage gelöst hat, indem er das Verhältnis der elastischen Fasern zu den übrigen Elementen der Haut und hiermit auch die physiologische Bedeutung dieses sozusagen elastischen Organs ins wahre Licht gestellt hat. Unna wies nämlich auf die Thatsache hin, dafs die glatten und insbesondere die schiefen Hautmuskeln, irrtümlicherweise arrectores pilorum genannt, im elastischen Fasernetze ihren Ursprung nehmen und in demselben auch endigen und dafs sie somit eine gröfsere Wirkung auf die Spannung der Haut als auf die Lage der Haare haben müssen. Auf diese Thatsache gestützt, fafst er das elastische Fasernetz als ein regulierendes Organ auf, dessen Aufgabe darin besteht, dafs es mit Hülfe der gesamten Muskeln den Druck und die Spannung der Haut gleichmäfsig verteilt, die Drüsensekretion, die Blutzirkulation und Säftebewegung und somit auch die Ernährung und den Gaswechsel der Haut fördert und reguliert.

Angesichts dieser grofsen physiologischen Bedeutung des elastischen Gewebes für die Haut müssen auch die pathologischen Veränderungen desselben, die in verschiedenen Erkrankungen der Haut als Atrophie oder Lockerung dieses Gewebes auftreten, von nicht geringerer Wichtigkeit sein, umso mehr, da diese Veränderungen der elastischen Fasern als eines

sehr widerstandsfähigen Gewebes einen Maſsstab zur Beurteilung des Grades der Erkrankung und Einwirkungsart des schädlichen Agens auf die Haut bilden können.

Aufser diesen Veränderungen aber behauptet UNNA, noch andere innerhalb der elastischen Fasern in der Haut bemerkt zu haben, welche zwar nicht ausgesprochen morphologischer Natur sind, aber mittelst der von ihm angegebenen Färbemethoden nachgewiesen werden können. Diese Veränderungen sollen nämlich in der Haut des Gesichtes. des Halses und der Hände, und zwar besonders bei alten Individuen (in der sogenannten Witterungshaut) vorkommen.

Das Verhalten dieser Veränderungen verschiedenen Färbemethoden gegenüber zu untersuchen, ist der Zweck der vorliegenden Arbeit. Bevor ich aber an dieses Werk schreite, will ich einen kurzen Überblick über die Beobachtungen geben, welche bezüglich der Veränderungen der elastischen Fasern von anderen Autoren bisher geliefert wurden.

Die ersten Mitteilungen über die Veränderungen in der Haut älterer Individuen verdanken wir J. NEUMANN. Er unterscheidet am Bindegewebe drei degenerative Prozesse: die grobkörnige und feinkörnige Trübung, welche ineinander übergehen können, — und die „glasartige Verquellung", welche eine besondere regressive Metamorphose darstellt. Als vierte bezeichnet er die senile Verschrumpfung, das ist die allgemeine Atrophie des Bindegewebes. Bei der kleinkörnigen Veränderung, welche der Haut eine milchige Färbung erteilt, sieht man mikroskopisch feine Körner, — bei der grobkörnigen neben wohlerhaltenen Fasern grobe Körner, was die Haut grünlich oder gelblich färbt, — bei der glasartigen Verquellung, welche er mit der „hyaloiden Degeneration" (WEBER) identifiziert, befinden sich an der Stelle der Faserbündel homogene Massen, koaguliertem Leim ähnlich.

Diese regressiven Metamorphosen hat N. bei Individuen vorgefunden, welche das 50. Lebensjahr überschritten haben, und zwar am meisten in der Gesichtshaut und am Halse ausgebildet. Von elastischen Fasern spricht er aber kein Wort.

M. B. SCHMIDT (1891) war der erste, der die Degenerationserscheinungen an den elastischen Fasern in der senilen Haut beschrieben hat. Ich will in Kürze die von ihm gefundenen Thatsachen schildern.

Das Netz der elastischen Fasern — heifst es bei S. — schliefst sich enger zusammen, wird dichter und die Fasern selbst sind stärker gewunden; auf dem Höhepunkt dieses Prozesses kann dann eine breite Zone der Cutis ausschliefslich aus eng verfilzten Fasern zusammengesetzt erscheinen, ohne dafs noch anderweitiges Gewebe zwischen denselben zum Vorschein kommt; die kollagene Substanz kann ganz fehlen und auch Zellen trifft man darin nur sehr spärlich an. Infolge des Schwundes des Binde-

gewebes, welches die Maschen des elastischen Netzes füllte, fällt das letztere zusammen und ist deshalb windungsreicher, man kann aber eine Wucherung des elastischen Gewebes nicht annehmen, wie das ARNING (*Würzb. m. Ztg.* Bd. V) behauptet. Zeichen einer Bindegewebsatrophie liegen einmal in der Veränderung der gesamten Cutis und ferner in der Abflachung und dem Schwund der Papillen.

Dieser durch die Atrophie der Umgebung bedingten Umlagerung der elastischen Fasern folgt eine Änderung ihrer Substanz in zwei Formen, welche kombiniert auftreten. In einem Falle quillt dieselbe zu hyalinen Balken auf, im anderen zerfällt sie in glänzende Kügelchen. Bei der hyalinen Aufquellung schwellen die Fasern entweder zu einem gleichmäfsig breiten, geschlängelten Band an, oder es treten an einzelnen Stellen Buckel hervor oder entstehen mehrere variköse Verdickungen. Es giebt Fälle, in denen fast alle sonst zarten Fasern des Konvoluts in den oberen Schichten erheblich gleichmäfsig verbreitet erscheinen; nicht selten kommt eine parallele Streifung zum Vorschein. Man kann häufig beobachten, wie eine einzelne Faser allmählich oder ziemlich plötzlich aufschwillt und so bald runde, bald längliche hyaline Klumpen hervorbringt.

Bei der zweiten Degenerationsform, der körnigen Umwandlung, zerfällt die Substanz der elastischen Fasern in feine Kügelchen von starkem Glanz. Bisweilen bildet das Produkt des Zerfalls eckige Körperchen von verschiedener Form. Die körnige Degeneration betrifft häufig im Anfangsstadium die Faserkonvolute in der oberen Cutisschicht. Die weitere Umwandlung geht nun so vor sich, dafs die Abgrenzung der zerfallenen Fäden gegeneinander immer mehr verschwimmt und schliefslich breite Stränge oder unregelmäfsig gestaltete Haufen von Kügelchen zu stande kommen, und durch Konfluenz solcher Fasern entstehen viel ausgedehntere glasige Bezirke als durch hyaline Verdickung einzelner Fasern. Zuletzt äufsert sich S., dafs der einfache Zerfall stets bei relativ jüngeren Individuen am reichlichsten vorkommt und die glasige Degeneration mit dem steigenden Alter immer mehr überhand nimmt. Was die Gefäfse anbelangt, erklärt S., dafs dieselben in allen Stadien der Veränderung der elastischen Fasern in den meisten Fällen intakt bleiben.

HEITZMANN ist der Meinung, dafs mit zunehmendem Alter die Interstitien zwischen den Bündeln des Bindegewebes in der Haut sich verkleinern und auf enge Spalten reduzieren, und an den Rändern der Bündel eine sehr dichte elastische Grundsubstanz sich bildet, welche die Gestalt elastischer Fasern annimmt. Diese können als Produkt einer direkten Umwandlung des Protoplasma in elastische Substanz gelten.

DU MESNIL DE ROCHEMONT, welcher die Veränderungen der elastischen Fasern bei verschiedenen Krankheiten beschreibt, hat von Altersveränderungen nichts wahrgenommen.

Reizenstein bestätigt die Angaben Schmidts; da er aber auch die Farbenreaktion berücksichtigt, so sind auch seine Bilder viel genauer. Er fand nämlich in der Wangengegend alter Personen an Stelle der elastischen Fasern in den obersten Schichten der Cutis dicke, mit Orcein sich rotbraun färbende Massen, die bei schwacher Vergrößerung fast homogen erscheinen. Bei stärkerer Vergrößerung tritt die Struktur der elastischen Fasern auch nicht genauer hervor und lassen sich dieselben oft nur am Rande wahrnehmen. In einzelnen, noch nicht so hochgradig veränderten Fällen zeigen sich einzelne stark gekrümmte elastische Fasern, die sich mit Orcein noch intensiv oder seltener nur schwach färben. Neben diesen deutlichen Fasern beobachtet man zahlreiche, bald kleine, bald größere Körner und Krümel. Auf Grund der eben beschriebenen Bilder bemüht sich R. zu beweisen, daß die oben erwähnten homogenen Massen durch Aufquellung und späteren Zerfall der Fasern in kleine Körner und durch Konfluenz dieser Elemente entstehen. In den tieferen Schichten der Cutis befinden sich die Veränderungen in Form von Verdickung, von knopfartigen Anschwellungen, rosenkranzartigen Bildungen, Zerfall in größere und kleinere Körner, in Krümel, bandartiger Verbreiterung mit herabgesetztem Tinktionsvermögen, rinnenartiger Bildung in der Faser selbst, endlich in Form der Spaltung in mehrere Fasern und Zerklüftung. Das Wesentlichste, was aus den Untersuchungen R.s hervorgeht, ist die Thatsache, daß diese Veränderungen auch bei jüngeren Individuen vorkommen können.

Passarge beschreibt als erstes Zeichen der Altersveränderungen die Atrophie des Bindegewebes. Schon indem die elastischen Fasern durch diese Atrophie die Veränderung der Anordnung erleiden, pflegen dann als erstes Symptom der Quellung die Schollen aufzutreten, und zwar am Anfange dicht unter dem Oberflächenepithel oder um die Haarbälge herum. Die Schollen zeigen dieselbe Farbenreaktion wie das übrige elastische Gewebe, und in Präparaten von der Haut älterer Individuen kann man direkte Übergänge der verbreiteten Fasern in die fraglichen Schollen auffinden. Im weiteren Verlaufe der Quellung kommt es dann nicht selten zu einer Längsstreifung der verbreiteten Fasern, welche nicht blos oberflächlich, sondern der Ausdruck einer pathologischen, die ganze Faser durchsetzenden Zerklüftung ist. Die Körnchen und den körnigen Zerfall hat P. niemals beobachtet und alle diese gekörnten Partien hat er bei Anwendung starker Systeme sich in ein Gewirr feinster Fäserchen auflösen sehen.

Wiewohl die erwähnten Beschreibungen klare Bilder liefern, werfen sie doch sehr wenig Licht auf das Wesen der Veränderungen der Gewebe. Die einen der angeführten Autoren beschreiben die Veränderungen des Kollagens, ohne zu erwähnen, was mit den elastischen Fasern geschieht;

die anderen sprechen nur vom elastischen Netze, ohne dafs sie jedoch die scheinbare Vermehrung desselben zu erklären wissen. Die Zeichnungen in der Arbeit Reizensteins entsprechen ganz der Wirklichkeit, die Erklärung desselben aber ist ungenügend, denn es ist schwer zu verstehen, wie diese Bilder durch die Veränderung der elastischen Fasern allein entstehen können.

Erst Unna hat in diese Dinge volles Licht gebracht, indem er erklärt, dafs die beobachteten Veränderungen der senilen Haut nicht nur das elastische Netz, sondern auch das Kollagen betreffen. Um diesen Gegenstand verständlich zu machen, will ich hier die diesbezüglichen Anschauungen und Definitionen wiedergeben, welche Unna in seiner Histopathologie, wie auch in besonderen Abhandlungen über die Färbetechnik der normalen und degenerierten Gewebe, des Kollagens und der elastischen Fasern einführte.

Bei der Färbung der Schnitte von der Haut älterer Individuen mit neutraler und basischer Farbe zugleich bemerkt man, dafs sehr oft manche Bündel und Balken des Kollagens nicht die neutrale Farbe annehmen, wie dies im normalen Zustande geschieht, sondern sich mit der basischen Farbe tingieren, und zwar gewöhnlich werden die Fasern nicht in ihrer ganzen Dicke so gefärbt, sondern nur im zentralen Teile, indem die äufsere Schicht noch neutrale Farbe annimmt. Diese Basophilie beginnt also im Innern der einzelnen Bündel und dieses kollagene Gewebe nennt Unna basophiles Kollagen. Aufserdem existiert aber in der senilen Haut eine Modifikation des Kollagens, welche Unna Kollastin nennt, das ist „eine Substanz, welche sich tinktoriell wie Elastin verhält und speziell die hervorragende Affinität des Elastins für saures Orcein teilt, der Struktur nach aber dem kollagenen Gewebe gleicht oder seine Herkunft aus demselben durch analoge Struktur oder stofflichen Zusammenhang mit demselben dokumentiert.“ Das äufsere Aussehen derselben ist nicht immer dasselbe; manchmal bietet es grobe, gequollene homogene Massen, zuweilen Blöcke, Körner oder einen dichten Faserfilz, in anderen Fällen behält das Kollastin wiederum die Struktur fibrillärer Bündel bei, stets aber kann der Zusammenhang dieses Gewebes mit dem Kollagen nachgewiesen werden.

Eine weitere Veränderung des kollagenen Gewebes ist die Bildung von Kollacin. Um dieses zu verstehen, mufs zuerst das Wesen des Elacins erörtert werden. In der Haut befinden sich zuweilen Fasern von elastischem Gewebe (Elastin), welche sich nur schwach mit saurem Orcein tingieren, dagegen aus alkalischen Lösungen basischer Farbstoffe Farbe aufnehmen und dieselbe den Entfärbungsmitteln gegenüber festhalten, in ihrer äufseren Form aber sich sehr wenig von den normalen elastischen Fasern unterscheiden. Unna giebt diesem degenerierten elastischen Gewebe den Namen Elacinfasern. Als Kollacin bezeichnet er

nun diejenige Substanz, welche zwar die Tingibilität des Elacins (schwache Färbung mit saurem Orcein, starke mit basischen Farben), dabei jedoch einen strukturellen Zusammenhang mit präexistenten kollagenen Faserbündeln aufweist.

In den späteren Arbeiten befinden sich nur sehr spärliche Erwähnungen des elastischen Netzes und der Veränderungen desselben, auf welche UNNA aufmerksam gemacht hat.

MEISSNER, welcher die Veränderungen der elastischen Fasern in verschiedenen pathologischen Zuständen der Haut beschrieben hat, kommt zu dem Schlusse, daſs das Vorhandensein oder Fehlen von elastischen Fasern uns darüber aufzuklären vermag, ob wir es bei einer Granulation mit einer benignen oder malignen Bindegewebswucherung zu thun haben. Wenn er auch von Atrophie oder Hypertrophie spricht, beschreibt er doch keine morphologischen oder mikrochemischen Veränderungen des elastischen Netzes.

DARIER beschreibt in seiner Arbeit über „Pseudoxanthoma elasticum" besondere Veränderungen des elastischen Gewebes, welche er Elastoclasis oder Elastorrhexis nennt. Er schildert sie folgendermaſsen: „vor allem sieht es aus, als ob es vermehrt wäre, was eine Folge seiner pathologischen Verdickung und der Aufrollung (pelotonnement) seiner Fasern ist; denn diese letzteren sind nicht etwa durch Anastomosen zu einem regelrechten Netzwerk vereinigt, sondern sind gebrochen, zerstückelt, verbogen und in kleine Klümpchen verwandelt." Er erwähnt auch mikrochemische Reaktionen, und zwar: Das Orcein in saurer Lösung färbt die veränderten Teile weniger kräftig, das UNNAsche polychrome Methylenblau färbt sie blaſsrot und wenn man diese beiden letzteren Färbemittel anwendet, so sieht man, daſs einzelne Teile zwar das Blau, aber nicht das Orcein annehmen. Er sagt also, daſs das veränderte elastische Gewebe zwar seine Hauptreaktionen behalten habe, aber eine Neigung, basophil zu werden, zeige.

C. BOECK spricht in seiner Arbeit über Myxödem von den Veränderungen der elastischen Fasern bei dieser Krankheit, wie dies UNNA in seiner Histopathologie beschrieben hat, er hat nur das Elacin nicht gefunden. Das Bild ist sehr der senilen Haut ähnlich.

In der neuesten Litteratur habe ich nur eine Erwähnung von Elacin in der Arbeit TRIEPELS gefunden. Der Verfasser, welcher die Struktur der Gehirnvenen beschreibt, kritisiert scharf den Namen Elastin für das elastische Netz, indem er behauptet, daſs diese Fasern im physikalischen Sinne nicht elastisch genannt werden können. Dazu muſs aber bemerkt werden, daſs schon einige Jahre früher UNNA anläſslich seiner Beschreibung der Wirkung dieses für die Haut so wichtigen Organes sagte, daſs das elastische Gewebe der Haut nicht in gewöhnlichem Sinne elastisch

sei, wohl aber Biegungselastizität zeige, eine Angabe, welche Triepel jedoch nicht erwähnt.

Was die Venen selbst anbelangt, so beschreibt Triepel bei solchen mittleren Kalibers an der Stelle des gelben Gewebes (welche Benennung er anstatt Elastin annimmt) eine Membran, welche schwächer mit saurem Orcein und stark grünlichblau mit der Methylenblau-Tannin-Methode sich färbt. Das würde also dem Charakter des Elacins entsprechen. Triepel betrachtet sie aber als eine Modifikation des Bindegewebes, da er fand, dafs sie nicht gleichmäfsig ist und an einigen Stellen Kerne besitzt. Ich habe einige Gehirnvenen verschiedener Gröfse untersucht und dieses Gewebe nicht gefunden. — Indem ich jedoch die Existenz desselben nicht in Abrede stellen will, erlaube ich mir die Bemerkung, der Verfasser (Triepel) dürfte es mit pathologisch veränderten Venen zu thun gehabt haben.

Die Aufgabe lautet: ob und inwieweit alle bisher angegebenen spezifischen Färbungen des Elastins auch Elacin zu färben vermögen?

Um diese Frage zu beantworten, habe ich mir die Mühe gegeben, alle diese spezifischen Färbungen kennen zu lernen, indem ich sie auf verschiedenes Material angewendet habe, habe sodann die Färbemethoden für Elacin studiert und endlich jene Methoden, welche nicht nur normale, sondern auch veränderte elastische Fasern tingieren und daneben auch noch das Kollagen und die Veränderungen desselben zu zeigen geeignet sind. Für diese letzteren Methoden, nämlich da, wo es sich um gleichzeitige Veränderungen des Elastins und Kollagens handelte, habe ich die Haut älterer Individuen, und zwar die Gesichts- und Halshaut gebraucht.

Nach dieser technischen Vorbereitung habe ich die eigentliche Arbeit begonnen. Das Material, welches aus Häuten vom Gesicht und Hals von Individuen beider Geschlechter im verschiedenen Alter bestand, wurde am Gefriermikrotom geschnitten und zuerst nach den Methoden, welche Elacin different hervortreten lassen, behandelt. Erst nachdem Elacin konstatiert wurde, habe ich ein Paar Stückchen davon in Alkohol, Flemmingscher Lösung und Müllerscher Flüssigkeit gehärtet.

Das auf diese Weise vorbereitete Material färbte ich dann nach allen für elastisches Gewebe bekannten Methoden, nebstdem aber stellte ich mir aus demselben Materiale auch Präparate nach jenen Methoden her, welche alle Veränderungen der elastischen Fasern und des Kollagens different darstellen, um an den Stellen, wo ich in den ersteren Andeutungen von Elacin und anderen Veränderungen gefunden habe, deren Vorhandensein mit Bestimmtheit feststellen zu können. Die zu diesem Zwecke zu gebrauchenden Methoden giebt Unna in seinen Arbeiten über Elacin und Veränderungen des Kollagens an.

Nachdem ich auf diese Weise mit Sicherheit gefärbtes Elacin erhalten und seine Lage im Verhältnis zu den umgebenden Geweben festgestellt

hatte, färbte ich sodann endlich Schnitte derselben Hautpartien nach allen als spezifisch für Elastin angegebenen Methoden, um zu prüfen, ob auch die letzteren Methoden irgendwie geeignet wären, aufser Elastin Elacin zu färben.

Ich werde alle die für Elastin als elektiv angegebenen Färbemethoden, welche ich in der Litteratur in der Zahl von 16 gefunden habe, nicht in chronologischer Ordnung aufeinander folgen lassen, sondern ich teile dieselben mit Bezug auf gewisse gemeinschaftliche Prinzipien, die diesen Methoden zu Grunde liegen, in drei Gruppen, und zwar:

Die erste umfafst diejenigen Methoden, bei welchen die Härtung in Flemmingscher Flüssigkeit nötig ist, die Farbstoffe aber sowohl sauer wie auch basisch sein können.

Zu der zweiten zähle ich die Färbungen mit basischen Farben, bei welchen ich aber zwei Unterabteilungen unterscheide. In der einen werden zum Entfärben saure Lösungen gebraucht, in der anderen beruht die spezifische Färbung mit basischer Farbe auf der Entfärbung oder Vorfärbung mit einer Beize.

Die dritte und kleinste Gruppe endlich umfafst die Methoden, bei welchen die Färbung mit sauren Farben geschieht. Bei diesen tritt die Färbung der elastischen Fasern viel schärfer hervor, wenn man zur Entfärbung saure Lösungen gebraucht.

Die Balzersche Methode habe ich bei Seite gelassen, da die bei dieser gebrauchte Kalilauge die Lage der Umgebung des elastischen Gewebes und dieses selbst so stark verändert, dafs man über die wirklichen Lageverhältnisse dieser Gewebe kein Urteil gewinnen kann.

Bei allen diesen Methoden habe ich mir folgende Fragen gestellt: Wie die gegebene Methode elastisches Gewebe (Elastin) färbt? und wie die anderen Gewebe? wie sie Elacin färbt? ob sie Elastin und Elacin differenziert? ob und wie sie normales Kollagen, basophiles Kollagen und Kollacin resp. Kollastin färbt?

Die Erörterung dieser Fragen soll uns eine Art Kritik aller dieser Methoden liefern und belehren, ob und inwiefern sie etwaige Vorzüge besitzen und empfohlen zu werden verdienen.

In folgendem sollen nun alle diese Methoden nach dem oben erwähnten Schema aufgeführt werden.

I. Gruppe. Färbemethoden mit Härtung in Flemmingscher Lösung.

Diese ganze Gruppe charakterisiert Unna genau anläfslich der Angabe seiner ersten Elastinmethode. Er sagt: „Es ist eine eigentümliche Erscheinung, dafs ein Niederschlag eines Anilinfarbstoffes nur dort fixiert wird (der Entfärbung gegenüber), wo vorher ein genügender Niederschlag

von metallischem Osmium stattgefunden hat.“ Deshalb ist schon im Vorhinein vorauszusehen, dafs alle Anilinfarbstoffe bei entsprechender Entfärbung die elastischen Fasern färben werden, denn diese sind schon ohne jedwede Färbung in Präparaten aus FLEMMING dadurch sichtbar, dafs sie mehr gelb und lichtbrechend sind als die umgebenden Gewebe. Deshalb mufs ich alle diese Färbungen, bei welchen die FLEMMINGsche Härtung nötig ist, als solche für minderwertig betrachten, denn die Härtung allein ist schon im stande, wie ich soeben bemerkt habe, das Elastin durch eine Art Imprägnation sichtbar zu machen, und die Natur des Farbstoffes hat deswegen eine viel geringere Bedeutung.

1. UNNA hat im Jahre 1886 die erste solche Färbemethode für elastische Fasern, die sog. Dahliamethode, angegeben. Zu diesem Zwecke empfiehlt er folgende Lösung vorrätig zu halten:

Dahlia	0,2
Aq. dest.	
Spirit. (95%)	ää 10,0
M. Solve, adde	
Ac. nitric.	2,0
Aq. dest.	18,0
Spirit. (95%)	10,0.

Die Osmiumschnitte kommen auf eine Nacht oder 24 Stunden in ein gut zugedecktes Schälchen und sodann zur Entfärbung in Eisessig, — wenn sie dagegen in verdünnter Lösung nur mäfsig gefärbt waren, in mit Eisessig eingesäuertes Wasser. Wenn sie nach kurzer Zeit den gröfsten Teil der blauen Farbe abgegeben haben, so spült man sie in Wasser ab, untersucht bei schwacher Vergröfserung, ob die Entfärbung genügend ist und bringt sie eventuell noch einmal in angesäuertes Wasser.

Die Methode färbt die elastischen Fasern schwärzlichblau, während das Kollagen nur hellblau tingiert wird, — die Kerne des Bindegewebes sind fast ganz, die Epithelzellen ganz ungefärbt. Das elastische Netz tritt scharf und die elastischen Fasern in grofser Menge hervor, man sieht aber keinen Unterschied in der Färbung verschiedener Fasern, d. h. die veränderten Fasern des Elacins werden auf dieselbe Weise wie Elastinfasern gefärbt.

2. In demselben Jahre (1886) beschrieb LUSTGARTEN eine neue Elastinfärbung mittelst Viktoriablau in folgender Lösung:

1 Teil konzentrierter alkoholischer Lösung von Viktoriablau,
4 Teile destilliertes Wasser.

Die Schnitte werden 24 Stunden in dieser Lösung gehalten und hernach in Alkohol entfärbt.

Die elastischen Fasern treten deutlich grünlichblau gefärbt aus den umgebenden Geweben, welche nur schwach grünlich angedeutet sind,

hervor. Die Zellkerne sind schön blau gefärbt. Kollastin wird durch seine besondere Gestalt und etwas mehr grünliche Farbe als das elastische Gewebe angedeutet. Elacin läfst sich unterscheiden, denn seine Farbe ist mehr blau als die der unveränderten elastischen Fasern.

Bei dem Gebrauch von Gentianaviolett anstatt Viktoriablau treten die elastischen Fasern auch deutlich schwärzlich-violett hervor, jedoch ohne jedweden Unterschied zwischen den verschiedenen Fasern.

3. Martinotti (1887) färbt das elastische Netz mit Saffranin:

Saffranin 5,0
Alcohol absolut. 100,0.

Zu dieser Lösung giebt er nach einigen Tagen 200 g destilliertes Wasser zu und legt erst dann in dieselbe die Schnitte auf 24 Stunden, wonach er sie in absolutem Alkohol entfärbt. Dadurch erhält man rötlichbraun gefärbte elastische Fasern, während das Kollagen mehr bräunlichgelb gefärbt erscheint. Die Kerne des Bindegewebes, sowie auch die des Epithels nehmen rötlichgelbe Farbe an. Alle Fasern färben sich ganz auf dieselbe Art und Weise, aber ihre Form, Dicke und Verlauf sind so gut angedeutet, dafs sich gewisse, wenn auch tinktoriell nicht hervorgehobene Veränderungen in dem Elastin dennoch vermuten lassen. Das überall gleich gefärbte Kollagen läfst uns keine Veränderungen bemerken, nur ist Kollastin, obgleich ebenso wie Elastin gefärbt, leicht erkennbar.

4. Heitzmann (1890) behauptet, dafs es genügt, die in Flemmingscher Lösung gehärteten Schnitte mit ammoniakalischer Karminlösung zu färben, wodurch die elastischen Fasern ganz deutlich erscheinen sollen.

Ich kann dem nicht beistimmen. Ich habe früher erwähnt, dafs schon ohne Färbung diese Fasern, wenn auch nur die gröberen, ganz gut hervortreten, man kann jedoch nicht einmal die feineren und noch weniger natürlich die feinsten Fäserchen sehen. Deshalb kann ich diese Methode als elektiv färbende nicht betrachten, denn, indem sie das Kollagen hellrosa färbt, läfst sie die elastischen Fasern ganz ungefärbt, also gelblich erscheinen und diese Bilder gewinnen dadurch im Vergleich mit ungefärbten Präparaten sehr wenig an Klarheit. Dabei kommen keine Differenzen in der Färbung des veränderten Kollagens und Elastins zum Vorschein.

5. Endlich giebt Schütz (1892) in seiner Arbeit über Psoriasis vulgaris zwei neue Methoden mit Karbolfuchsin an.

a. Die eine beruht darauf, dafs man zwei Teile kalt gesättigter wässeriger Pikrinsäurelösung mit einem Teil Karbolfuchsinlösung zusammenmischt und die Schnitte nur an der Oberfläche dieses Gemisches durch fünf Minuten färbt. Dann werden sie mehrmals im Wasser abgespült, auf dem Spatel getrocknet und kurz in Alkohol entwässert. Es ist bei

dieser Färbung sehr wichtig, dafs der Schnitt an der Oberfläche der Flüssigkeit schwimmt, denn diese Farbenmischung scheidet später einen klebrigen Bodensatz ab, mit dem der Schnitt nicht in Berührung kommen darf; daneben ist für diese Färbung vorteilhaft, dafs man den Schnitt ganz kurz in Alkohol entwässert, also vorher genau das Wasser von dem Spatel absaugt und nach der Entwässerung rasch in Cedernöl bringt.

b. Auf ähnliche, aber einfachere Weise färbt er die Schnitte durch fünf Minuten in Karbolfuchsin (Gabetts Lösung I), spült sie in Wasser ab und entfärbt dann 2—3 Sekunden in saurer Methylenblaulösung) (Gabetts Lösung II) oder in 25%igem SO_4H_2-Wasser, spült wieder in Wasser ab und entwässert so rasch als möglich in Alkohol.

Diese beiden Methoden färben sehr ähnlich; die elastischen Fasern treten scharf rosarot gefärbt hervor, indem die umgebenden Gewebe nur schwach gelblichgrau tingiert werden. Bei der zweiten Methode (mit Methylenblau) werden die Kerne mehr bläulich gefärbt, bei der ersten mehr rötlich. Bei der ersten ist das Resultat sicherer, bei der zweiten kann man ein schönes Bild nicht so leicht erhalten. Beide bringen sehr viel elastisches Gewebe zum Vorschein, man sieht aber keine Unterschiede in der Färbung zwischen Elastin und Elacin. Was das Kollagen anbelangt, so werden neben normalem Kollagen auch mehr rötlichgrau gefärbte Kollagenmassen bemerkbar, welche man als Kollastin betrachten mufs; es ist aber merkwürdig, dafs dasselbe nicht wie Elastin gefärbt ist und dafs sich darin elastische Fasern unterscheiden lassen.

Bei diesen Methoden habe ich einige Modifikationen angebracht, indem ich so färbte, dafs ich die Schnitte zuerst in Karbolfuchsin auf 5 Minuten legte und dann in wässeriger Pikrinsäurelösung (2—3 Minuten), endlich in alkoholischer Pikrinsäurelösung (1—2 Minuten) entfärbte. (Letzteres kann auch ausbleiben, wodurch das Bild nur wenig an Klarheit verliert.)

Aufser mit dieser Methode bin ich nach verschiedenen Versuchen zu einigen schön und deutlich das elastische Gewebe färbenden Methoden gelangt.

Der zuletzt erwähnten am nächsten steht die Färbung mit polychrom. Methylenblau durch 5—10 Minuten und Entfärbung mit wässeriger Pikrinsäurelösung durch einige Minuten. Die elastischen Fasern erscheinen deutlich, obwohl nicht so prägnant, wie bei der vorherigen Karbolfuchsin-Methode.

Dann habe ich verschiedene basische Farbstoffe, wie polychrom. Methylenblau (Unna), Karbolfuchsin, Gentiana, Safranin gebraucht und sodann die Schnitte mit concentr. wässer. Tanninlösung, allein oder mit Zugabe eines Farbstoffes (Orange, Wasserblau), entfärbt — ich habe also die Methode für Osmiumpräparate angewendet, welche Unna bei Alkohol-

präparaten für Elacin angegeben hat —, und durch diese hier sehr schöne und deutliche Bilder von elastischen Fasern im Verhältnis zu dem umgebenden Gewebe erhalten. Die wichtigsten Vorzüge dieser Methode sind: grofse Einfachheit, kurze Dauer der Färbung und Dauerhaftigkeit der Präparate.

Ich habe schon früher erwähnt, dafs die Färbung des elastischen Gewebes in Präparaten, welche in Flemmingscher Lösung gehärtet werden, eigentlich auf dem Niederschlag des Farbstoffes auf die mit gröfserer Menge von Osmiumsäure imprägnierten Fasern beruht. Man kann sich also nicht wundern, dafs diese Färbungen keine Veränderungen des elastischen Netzes und des Kollagens zur Anschauung bringen, dafs sie Kollastin, Kollacin und Elacin nicht different färben. Nur gewisse morphologische Unterschiede dieser Bestandteile der eigentlichen Cutis geben ein Zeugnis davon ab, dafs das Kollagen und die elastischen Fasern nicht ganz normal sind. Erst aber der Vergleich mit gut gefärbten in Alkohol gehärteten Präparaten läfst uns erkennen, dafs man hier mit thatsächlichen Veränderungen zu thun hat —, worauf ich noch später bei der Beschreibung der auf diese Weise veränderten Haut zurückkommen werde.

Nur eine der genannten Methoden, nämlich die Lustgartensche, läfst doch das Elacin vom Elastin differenziert erscheinen. Es läfst sich nicht leicht feststellen, worauf das beruht; es scheint mir, dafs dieser Farbstoff (Viktoriablau) so stark basisch ist, dafs er ungeachtet der gleichmäfsigen Osmium-Imprägnierung die stark basophilen Fasern des Elacins intensiver und daher etwas elektiv tingiert.

II. Gruppe.

Härtung in Alkohol; Farbstoffe meistens basisch; Entfärbung mittels Säuren oder Beizen.

A. Entfärbung mittels Säuren.

6. Taenzer härtet die exzidierte Haut in absolutem Alkohol, oder fixiert sie in Salpetersäure oder Flemming und härtet in absolutem Alkohol nach. Die Schnitte werden in Vesuvin oder Wasserblaulösung vorgefärbt und kommen dann in:

Fuchsin	0,5
Aq. dest.	
Alcohol. ää	25,00
Misce, adde	
Ac. nitric. (25%)	10,0.

Darin verbleiben sie 24 Stunden, kommen dann auf 2—3 Sekunden in 25% Salpetersäure und zur Entfärbung des kollagenen Gewebes in schwaches Essigwasser. Zuletzt entwässert man sie in absolutem Alkohol, hellt in Cedernöl oder Bergamottöl auf und schliefst in Kanadabalsam ein.

Die elastischen Fasern erscheinen sehr deutlich dunkelrot auf braunem oder blauem Grunde, sind aber alle gleich gefärbt, denn man sieht keinen Unterschied in der Färbung der Elastin- und Elacinfasern. Kollastin zeichnet sich durch seine bekannte Form aus, basophiles Kollagen ist nicht zu differenzieren.

7. Eine der besten und eine sehr viel gebrauchte Methode ist die von MANCHOT, welcher in seiner Arbeit vom Jahre 1886 über die Entstehung der Aneurysmen folgende Vorschrift giebt: Färbung durch eine halbe Stunde in konzentrierter wässeriger Fuchsinlösung, dann in Wasser abspülen und 1—12 Stunden in wässeriger Zuckerlösung entfärben, welcher auf je 10 ccm 3—4 Tropfen Schwefelsäure zugesetzt werden. Die Zuckerlösung soll die Konsistenz des Glycerins besitzen und die Präparate sind in nicht angesäuerter Zuckerlösung einzuschliefsen.

Die Methode färbt das elastische Gewebe schön dunkelrosa und deutlich und läfst dasselbe von der mehr oder weniger entfärbten Unterlage scharf hervortreten. Die Entfärbung hängt von der Dauer ab, so dafs nach mehrstündigem Eintauchen in der Zuckerlösung das ganze Kollagen sich entfärbt und neben den elastischen Fasern nur die Bindegewebskerne und Epithelzellen rosa gefärbt bleiben, wodurch bei Anwendung dieser Methode auch die kleinsten Fasern sehr deutlich erscheinen.

Die Veränderungen des Kollagens lassen sich nur in der Form von Kollastin wahrnehmen, welches sich so wie Elastin färbt und nur durch seine Gestalt in die Augen fällt. Die Veränderungen des elastischen Gewebes sind nur morphologischer Natur, tinktoriell-chemische Differenzen lassen sich keine bemerken, denn das ganze Netz bleibt gleich gefärbt.

Diese vortrefflich färbende Methode hat aber einen Nachteil: die Färbung ist nicht dauerhaft und verliert nach einiger Zeit die Deutlichkeit. Zuerst nimmt die rote Farbe einen mehr schmutzigen Ton an, die Konturen verschwimmen und endlich wird die Farbe so blafs, dafs man nichts mehr unterscheiden kann.

8. Die Methode von MIBELLI (1890) zeichnet sich durch ihre Einfachheit und die Schönheit der Präparate aus und ist nur infolge der langen Färbezeit nicht bequem.

MIBELLI gebraucht nämlich eine Safraninlösung, welche auf diese Weise bereitet wird, dafs eine 1%ige Lösung in heifsem (80° C.) Wasser und eine 1%ige alkoholische (90%) zusammengegossen werden. In solcher Mischung bleiben die in Alkohol gehärteten Schnitte 36—48 Stunden. Hernach legt man sie in 1%ige Salzsäure-Alkohol, indem man diesen immer frisch erneuert, so lange die Schnitte noch Farbstoff abgeben und läfst sie zuletzt in ganz reinem Alkohol durch 5—10 Minuten liegen; endlich kommen die Schnitte noch auf ein Paar Minuten in absoluten Alkohol, dann in Öl und Balsam.

Wie aus der Beschreibung dieser Methode ersichtlich, ist sie — abgesehen von der Länge der Färbedauer — ziemlich einfach. Das Bild ist folgendes: Die rötlich braun gefärbten elastischen Fasern treten scharf aus dem nur leicht rötlich gefärbten Kollagen hervor, die Zellkerne färben sich mehr rötlich so, dafs das Ganze ein angenehmes und deutliches Bild aller Gewebe giebt. Was die Veränderungen des Kollagens und des elastischen Netzes betrifft, so kommen dieselben ebenso, wie bei der letzterwähnten Methode nur morphologisch zum Vorschein —, Elacin läfst sich nämlich durch die Farbe nicht erkennen und man kann nur morphologisch unterscheiden, wo Kollastin sich befindet.

Ich habe versucht, diese Methode auf die Weise zu vereinfachen, dafs ich zum wässerigen Safranin anstatt Alkoholsafranin — Salzsäure-Alkohol-Safranin zugegeben und dann die Schnitte in reinem Alkohol entfärbt habe. Der Effekt war günstig, denn ich habe die elastischen Fasern so gefärbt erhalten, wie bei der klassischen Methode, aber in kürzerer Zeit und das Bild ist nur dadurch verändert, dafs das Kollagen fast ganz ungefärbt und die Zellkerne viel schwächer gefärbt bleiben.

9. Köppen hat im Jahre 1890 seine mühsame, lange und nicht immer ganz sichere Methode angegeben. Die Schnitte sind in der Flüssigkeit:

Konzent. alkoh. Gentianaviolettlösung	5,0
Karbolsäure	5,0
Destill. Wasser	100,0

15—24 Stunden zu halten (Um diese Flüssigkeit zu erhalten, ist es am besten, zu 20 ccm 5% Karbolwasser 20 Tropfen von konz. alkoh. Gentianaviolettlösung zu geben), dann auf zwei Minuten in Jodjodkaliumlösung zu legen, ferner in 10% wässeriger Kochsalzlösung; nach 5 Minuten auf eine kurze Weile (15 Sekunden) in 1%iger wässeriger Salzsäurelösung eintauchen, endlich in Alkohol absolutus stark entfärben, was gewöhnlich sehr viel Zeit erfordert.

Das mittels dieser Methode erhaltene Bild ist nicht in solchem Grade gut, dafs es die Mühe und die Zeit lohnte, welche diese Methode erfordert. Überdies, obwohl die dunkler blau gefärbten Fasern an vielen Stellen deutlich hervortreten —, so ist doch die Umgebung trotz langer Entfärbung sehr oft noch so dunkel, dafs die Fäserchen, besonders die kleinsten, gar nicht zur Ansicht kommen. Dabei ist das ganze Präparat wie schmutzig und nicht gleichmäfsig gefärbt so, dafs die Fasern an den einen Stellen deutlich tingiert sind, an den anderen fast ganz ungefärbt zu sein scheinen.

Bei dem genauen Vergleich des Präparats bekommt man den Eindruck, dafs die Elacinfasern etwas deutlicher gefärbt sind, nebst Kollastin, welches sich auch schärfer zu färben scheint. Die Unreinheit und Ungleich-

mäfsigkeit der Bilder erlaubt aber nicht, darüber ein bestimmtes Urteil auszusprechen.

Ich habe in dieser Methode Karbolgentiana durch Gentianaalaun (Unna) ersetzt, wodurch das Bild etwas klarer erscheint. Es werden zwar nicht die Zellkerne, sondern die ganzen Zellen mehr diffus gefärbt, dafür aber ist das Kollagen mehr entfärbt und die elastischen Fasern nehmen einen etwas anderen, mehr violetten Ton, als die Umgebung an.

Von diesen vier, unter A. beschriebenen Methoden, ist im allgemeinen zu bemerken, dafs sie das elastische Gewebe färben, ohne die basophilen Fasern zu differenzieren. Das Kollastin tritt deutlich in derselben Farbe wie das Elastin hervor und kennzeichnet sich nur durch seine charakteristische Form.

B. Entfärbung mittels einer Beize.

Bei der ersten Abteilung haben die sauren Lösungen nach dem Färbeakt die Umgebung entfärbt und die elastischen Fasern blieben gefärbt —, in den nachfolgenden Methoden imprägnieren die Beizen auf besondere Weise das elastische Netz oder differenzieren dasselbe nach dem Färben durch die Einwirkung eines besonderen Stoffes.

10. In dem von Herxheimer (1886) angegebenen Verfahren erfolgt die Fixierung der elastischen Fasern durch die Bildung eines Metalllackes und zwar des Hämatoxylin-Eisenlackes. Eine intensive Bildung des Eisenlackes, welcher die elastischen Fasern fixiert und eine genügende Entfärbung des Zwischengewebes gestattet, erfolgt nicht, wenn die Präparate vor ihrer Einlegung in das Hämatoxylin mit der Metalllösung gebeizt werden. Sie müssen im Gegenteil zuerst mit der Farbstofflösung durchtränkt und dann in die Eisenlösung gebracht werden. Die Behandlung mit dem Eisensalze darf keine langdauernde sein; Stücke in toto zu färben gelingt nicht.

Zur Härtung zieht H. die Müllersche Flüssigkeit den anderen Mitteln vor, weil darin die Struktur der Gewebe weniger leidet und die Entfärbung besser von statten geht. Zur Färbung gebraucht er eine Lösung von:

1 gr Hämatoxylin
20 ccm Alcohol absolut.
20 ccm destill. Wasser
1 ccm Lithion carbon. in kaltgesätt. Lösung.

Die Schnitte kommen auf 3—5 Minuten in die Lösung, dann 5—20 Sekunden in die offizinelle Eisenchloridlösung; Abspülung in Wasser, Entwässerung in Alkohol, Bergamottöl, (Nelkenöl, Xylol), Kanadabalsam.

Die elastischen Fasern erscheinen blauschwarz bis tiefschwarz, das umliegende Gewebe hellgrau, die Kerne sind auch schwarz gefärbt. Die

Elastinfasern, besonders die feinsten, treten nicht sehr scharf hervor, denn die Unterlage ist noch ziemlich stark und in demselben Tone gefärbt. Bei längerer Einwirkung des Eisenchlorids erhält man zwar oft eine vollständigere Entfärbung des Zwischengewebes, zugleich aber werden die feinsten Fäserchen in den Papillen entfärbt. Es kommt auch vor, dafs einige Fasern ganz schwarz gefärbt sind und auch nach längerer Entfärbung gefärbt bleiben, indem andere sich fast gänzlich entfärben. Beim Vergleich mit Elacinpräparaten erkennt man genau, dafs diese stärker gefärbten, dickeren Fasern — Elacinfasern sind. Besonders gut ist das an den in Alkohol gehärteten Präparaten zu sehen, weil an den mit Müllerscher Flüssigkeit behandelten Schnitten die Entfärbung länger dauert.

11. Ein neueres Verfahren von Herxheimer (1890) besteht in der Färbung der in Alkohol und Äther von Celloidin befreiten Schnitte, eine halbe Stunde lang auf dem Objektträger in Anilinwassergentianaviolet, dann abtrocknen und lange entfärben mit immer wieder abgetupftem und frisch zugesetztem 2%igem Menthol-Vasogen (von Pierson-Hamburg) bis ein hellblauer Ton zurückbleibt.

Alles im Präparate ist leicht blau gefärbt, die Zellen etwas stärker als das Kollagen und auf diesem Grunde treten sehr feine violett gefärbte elastische Fäserchen hervor, welche alle gleich tingiert sind, nur ist das durch seine Form charakteristische Kollastin leicht zu erkennen.

Anstatt Methylviolett habe ich auch Gentianaviolett in Anilinwasser und Gentianaalaun (Unna) versucht und ganz gute Resultate erhalten, obwohl das Bild nicht so deutlich erscheint, da der Hintergrund etwas mehr violett gefärbt wurde.

Es scheint mir aber, dafs dieser Methode kein grofser Wert beizulegen ist, da die Präparate mit der Zeit die Farbe verlieren.

12. Burci (1891) färbt die mit Alkohol oder Müllerscher Flüssigkeit behandelten Schnitte mit Karmin oder Hämatoxylin, wäscht sie dann in Wasser und legt die Schnitte in alkoholische gesättigte Aurantialösung (Dinitrophenylamin) auf 1—2 Stunden ein; endlich Entwässerung, Öl, Balsam.

Hämatoxylin färbt die Schnitte wie es gewöhnlich alle Gewebe tingiert, Aurantia beizt sie auf solche Weise, dafs nur die elastischen Fasern und Zellkerne mit Hämatoxylin gefärbt bleiben, andere Gewebe aber sich gelblich tingieren. Elastin erscheint nicht sehr deutlich, denn der Kontrast der Farben ist nicht so grofs; beide sind dunkel und sehen etwas schmutzig aus, wodurch man nicht ganz deutliche Bilder, besonders was die feinsten Fäserchen anlangt, erhält, Kollastin ist angedeutet, man sieht die bekannten Klumpen, aber nicht die einzelnen Fasern. Ebenso wird auch Elacin durch die Färbung nicht differenziert.

12. Im Jahre 1892 hat Wolters folgende Methode angegeben: Die in Alkohol gehärteten Schnitte beizt er 24 Stunden in einer Lösung von:

10% Vanadium chloratum	2,0
8% Aluminium aceticum	8,0

spült sie dann in Wasser ab und färbt 24 Stunden im Wärmeschrank in Kultschitzkyscher Hämatoxylinlösung. Endlich differenziert er sie in Weigerts Borax-Blutlaugensalzlösung oder offizineller Eisenchloridlösung.

Wir haben also hier eine doppelte Beize, zuerst mittelst Vanadium chloratum, dann nach der Färbung, so wie bei der Herxheimerschen Methode mittelst Eisenchloridlösung, also durch Bildung des Eisenlackes auf den elastischen Fasern.

Diese Färbung ist sehr der Herxheimerschen ähnlich, deshalb sind auch, wenn man Eisenchloridlösung gebraucht, die Bilder fast dieselben. Die elastischen Fasern treten fast schwarz gefärbt auf braunem Grunde hervor. Etwas anders erscheint das Bild bei Blutlaugensalzentfärbung; die elastischen Fasern sind mehr violett auf gelblich-braunem Grunde, die Kerne stark schwärzlich violett, Kollastin leicht violett angedeutet. Was das Elacin anbelangt, kann ich dasselbe sagen, was ich bei der Herxheimerschen Methode No. 1 erwähnt habe und zwar, dafs diese Fasern sich stärker tingieren als das übrige elastische Gewebe.

14. Beneke modifiziert (1890) die Weigertsche Fibrinmethode auf Grund der Wahrnehmung, dafs, wenn man die entfärbende Fähigkeit des Anilinölxylols durch stärkeren Zusatz von Xylol herabsetzt, aufser Fibrin sich sodann auch eine Reihe anderer Gebilde, darunter auch elastisches Gewebe, darstellen läfst.

Die Methode für elastische Fasern lautet also folgendermafsen:

1. Alkoholhärtung,
2. Färbung 5—15 Minuten lang in konzentrierter Anilinwassergentianaviolettlösung,
3. Abspülen in 0,6% NaCl-Lösung,
4. Abtrocknen auf dem Spatel oder Objektträger mit Fliefspapier,
5. 2—3 Minuten auf dem Objektträger oder Spatel in Jodjodkaliumlösung 1 : 2 : 100,
6. Abtrocknen mit Fliefspapier,
7. Entfärben in: Anilinöl 2 Teile, Xylol 3 Teile (Weigertsche Mischung: Anilin 2, Xylol 1).
8. Xylol, Kanadabalsam.

Die elastischen Fasern färben sich rötlich violett, die Kerne sind stark violett gefärbt, Kollagen schwächer violett, deshalb tritt das elastische Netz nicht sehr deutlich hervor, besonders die kleinsten Fasern und zwar desto weniger, je mehr basophiles Kollagen vorhanden ist, welches auch dunklere violette Farbe annimmt.

Theoretisch betrachtet dürfte man erwarten, dafs die stark basischen in letzterer Methodengruppe angewendeten Farbstoffe und die Beizen Elacin differenzieren werden. Besonders war dieses Ergebnis in der HERXHEIMER-schen Methode No. 1 mit Bezug auf die hoch basischen Eigenschaften der von ihm empfohlenen Hämatoxylinlösung und in der WOLTERSschen Methode in Anbetracht der zwei starken hier gebrauchten Beizen zu hoffen. Diese Erwartung bewährte sich auch teilweise in Betreff der zwei letzterwähnten Methoden, denn das Elacin färbt sich da intensiver oder es läfst sich vielmehr schwerer entfärben, bei längerer Behandlung mit der Beize entfärben sich nämlich die normalen Fasern fast ganz, während die Elacinfasern noch intensiv gefärbt bleiben. Diese letzte Thatsache läfst sich einerseits durch die basischen Eigenschaften des Farbstoffes, andererseits durch die Basophilie der Elacinfasern erklären, welche den Farbstoff länger und stärker festhalten, als die normalen Fasern.

III. Gruppe.

Härtung in Alkohol; saure Farblösungen.

15. Die TAENZERsche Orceinmethode, über welche UNNA auf der Bremer Naturforscherversammlung (1889) vorgetragen hat und welche er auch modifiziert hat (1891), ist deshalb jetzt als TAENZER-UNNAsche Methode allgemein bekannt.

Für diese Methode empfiehlt es sich, folgende Lösungen vorrätig zu halten:

Orcein (GRÜBLER)	0,1	*Ac. muriat.*	0,1
Spir. vin. (95%)	20,0	*Spir. vin.* (95%)	20,0
Aqu. dest.	5,0.	*Aqu. dest.*	5,0.

Die beiden Lösungen werden vor dem Gebrauch zu gleichen Teilen gemischt.

In letzter Zeit wird im UNNAschen Laboratorium anstatt dieser Lösungen eine 1%ige Orceinlösung in 1% Salzsäurealkohol gebraucht, wodurch die Methode noch mehr an Einfachheit gewinnt. Auch Zeit wird in diesem neuen Verfahren erspart, denn anstatt einige Stunden bis eine Nacht werden die Schnitte in dieser neuen sauren Orceinlösung nur 15—30 Minuten gehalten und schon nach dieser kurzen Färbezeit werden durch Entfärbung in Alkohol oder noch besser Salzsäurealkohol ganz deutliche Bilder erzielt.

Die elastischen Fasern nehmen eine mehr oder weniger dunkle braune Farbe an, wodurch sie von der fast ganz ungefärbten Umgebung sehr stark abstechen. Das elastische Geflecht aber ist nicht ganz gleichmäfsig tingiert; die einen Faserbündel haben dunkle, fast schwarze Farbe genommen, die anderen sind nur ganz leicht bräunlich gefärbt. Man kann

also das bestätigen, was UNNA in seiner Arbeit über Elacin sagt, das ist, dafs diese Methode Elastin und Elacin deutlich differenziert. Ich werde noch später auf diesen Gegenstand zurückkommen, jetzt will ich nur bemerken, dafs man bei dieser Methode auch verschiedene Gegenfärbungen gebrauchen kann, dafs man durch Kombination mit anderen Farbstoffen und Methoden sehr schöne und genaue Bilder erhalten kann, welche Elastin und Kollastin, Kollagen, Kollacin und Elacin different gefärbt darstellen.

16. In neuester Zeit (1898) hat WEIGERT seine Methode bekannt gemacht.

Er hat folgende Fuchsinlösung zur Färbung empfohlen; Zu 200 ccm 1%iger Fuchsinlösung (es kann auch Rubinrot, Magentarot, Anilinrot gebraucht werden) giebt man 4,0 Resorcin (anstatt dieser kann man Karbolsäure gebrauchen), kocht die Mischung längere Zeit und gießt nach dem Sieden 25 ccm Liquor ferri sesquichlor. zu und kocht wiederum 2—5 Minuten. Nach dem Erkalten filtriert man die ganze Lösung und giebt den Bodensatz in das Schälchen, wo noch der Rest der früheren Lösung sich befindet, gießt dann 200 ccm 94%igen Alkohol zu und filtriert abermals. Zum Filtrat werden 4 ccm konzentrierte Salzsäure zugegeben und das Ganze wird bis auf 200 ccm durch Alkohol nachgefüllt.

In dieser Mischung färbt man die Schnitte 15—30 Minuten und entfärbt sie dann in Alkohol oder noch besser in 1% Salzsäurealkohol.

Wir haben es hier also mit einer sauren Farblösung zu thun, in welcher sich eine doppelte Beize befindet (Resorcin und Eisenchlorid).

Diese Methode färbt bei ihrer Einfachheit vortrefflich, nur ist die Herstellung des Farbstoffes etwas mühsam. Die elastischen Fasern erscheinen fast schwarz auf leicht violett gefärbtem Grunde, sie sind ohne Unterschied ganz gleichmäßig gefärbt; Elacin ist nicht zu erkennen, Kollastin tritt nur seiner Gestalt nach sehr deutlich hervor.

Diese dritte und letzte Gruppe umfaßt die Färbemethoden, bei welchen saure Farbstofflösungen das elastische Gewebe färben, ohne irgend einer nachträglichen oder vorhergehenden Beize oder Entfärbung mittels sauren Lösungen zu bedürfen. Als solcher elektiv färbender Stoff ist vor allen anderen das Orcein hervorzuheben.

Wiewohl ich die WEIGERTsche Methode dieser Gruppe angeschlossen habe, da sie der Orceinmethode am nächsten steht, so darf man doch nicht übersehen, dafs sie von der oben gegebenen Charakteristik dieser Gruppe insofern abweicht, als sie in sich zwei Beizen (Resorcin und Eisenchlorid) enthält und deswegen der Orceinmethode nicht gleich gestellt werden kann.

Nichtsdestoweniger entsprechen beide Methoden ganz ihrer Aufgabe, Elastin zu färben, denn — abgesehen von etwaigen Schwierigkeiten bei

der Herstellung der WEIGERTschen Flüssigkeit — erfordern beide sehr kurze Zeit (man kann schon binnen zehn Minuten ganz gute Bilder bekommen) zum Färben und Entfärben, welch' letzteres noch schneller geschieht, wenn man anstatt reinen Alkohols Salzsäurealkohol gebraucht. Deshalb kann man die Vorzüge dieser beiden Methoden im Verhältnis zu allen anderen nicht genug hervorheben, da sie sich sowohl durch vorzügliche Genauigkeit der Bilder als auch durch Dauerhaftigkeit der Präparate auszeichnen. Es kann aber von etwaigen Vorzügen, durch welche sich eine von der anderen unterscheidet, nicht abgesehen werden.

Einen beachtenswerten Vorteil der TAENZER-UNNAschen Methode bildet der Umstand, dafs bei ihr die Entfärbung leichter von statten geht und das Kollagen dabei unverändert bleibt, während durch die WEIGERTsche Methode das Kollagen eine gewisse Schrumpfung erleidet und zur Entfärbung etwas längere Zeit erfordert. Ein gröfserer Vorzug aber der TAENZER-UNNAschen Methode und zugleich der wichtigste Unterschied zwischen dieser und der WEIGERTschen ist der, dafs, während die letztere eine komplizierte Färbung der Präparate behufs Differenzierung verschiedener Gewebe nicht zuläfst, die TAENZER-UNNAsche Methode es ermöglicht, die Präparate mittelst anderer spezifischer Methoden zu behandeln und auf diese Weise auf einem und demselben Präparate alle Gewebe nebst ihren Veränderungen durch differente Farben schön und klar darzustellen, also u. a. auch das Elacin. Man kann endlich noch als einen Vorzug des Orceins hervorheben, dafs es in Präparaten aus FLEMMINGscher Lösung und MÜLLERscher Flüssigkeit die elastischen Fasern auch vortrefflich färbt, was bei der WEIGERTschen Methode nicht so gut gelingt.

Indem ich jetzt die Resultate aller im vorstehenden geschilderten Methoden zusammenfasse, mufs ich bemerken, dafs nur sehr wenige unter ihnen die verschiedenen Fasern des elastischen Gewebes differenzieren. Elacin wird nämlich etwas anders als Elastin nur bei der LUSTGARTENschen Methode (I. Gruppe), bei den Methoden von HERXHEIMER und WOLTERS (II. Gruppe) und bei der TAENZER-UNNAschen (III. Gruppe) gefärbt, und zwar färbte das Viktoriablau in der LUSTGARTENschen Methode das Elacin blau, während die anderen Fasern grünlichblau gefärbt werden; die beiden ähnlichen Methoden der II. B. Gruppe (HERXHEIMER und WOLTERS) färbten die Elacinfasern intensiver und dunkler, die TAENZER-UNNAsche Methode viel schwächer als die übrigen elastischen Fasern.

Aufserdem mufs noch einmal mit Nachdruck erinnert werden, dafs keine andere als nur die TAENZER-UNNAsche Methode einzig und allein es erlaubt, die für Elacin spezifischen Färbungen gleichzeitig anzuwenden, um auf diese Weise kombinierte Färbungen der verschiedenen Fasern und ihrer Veränderungen auszuführen.

Ich habe schon früher erwähnt, dafs ich sowohl in Gefrierschnitten,

wie später in gehärteten Schnitten in erster Reihe das Vorhandensein von Elacin nachzuweisen versucht habe. Die zweckmäfsigen Methoden hat UNNA in seiner Arbeit über Elastin und Elacin angegeben. Indem ich also diese Methoden während meiner Arbeit vielfach in Anwendung brachte, war ich in der Lage, mir ein Urteil über ihren Wert zu bilden.

Schon die Methode für die spezifische Kollagen-, Protoplasma- und Mastzellenfärbung (sog. Methylenblau- — neutrales Orcein — Methode) ist genügend, um Elacin nachzuweisen; da sie aber, wie UNNA selbst sagt, nicht die beste ist, habe ich sie sehr wenig gebraucht wegen der geringen Sicherheit der Resultate.

Um die Elacinfasern mit aller Schärfe zu bekommen, ist es am besten, die sog. Tanninmethoden zu benutzen, das sind diejenigen Methoden, bei welchen die Schnitte vorher mit basischen Farben tingiert, dann mit 33%iger Tanninlösung entfärbt werden. Zu diesem Zwecke empfehlen sich besonders: polychrome Methylenblaulösung, Karbolfuchsin, wässerige Saffraninlösung, endlich Gentiana-Alauntinktion nach UNNA. Durch diese Färbenmethoden erhält man das Elacin deutlich und scharf auf hellem Hintergrunde gefärbt, und deshalb habe ich, um in den Gefrierschnitten Elacin zu konstatieren, diese Methoden benutzt ohne jede Gegenfärbung, denn so wird die rascheste Übersicht über die Ausbreitung des Elacins erlangt.

Diese Methoden habe ich auf die Art modifiziert, dafs ich anstatt Tanninlösung allein auch Glycerinätherlösung gebraucht habe, und zwar entweder zu gleicher Zeit, indem ich zur Tanninlösung einige Tropfen Glycerinäthermischung (GRÜBLER) zugegeben oder zuerst den Farbstoff auf den Schnitten mit Tanninlösung fixiert und die Umgebung etwas kürzer wie gewöhnlich entfärbt und dann den Schnitt auf kurze Zeit in die Glycerinäthermischung gelegt habe. Die auf diese Weise erhaltenen Bilder sind besonders in Bezug auf den Hintergrund etwas klarer.

Die dritte ist die Wasserblau-Saffraninmethode. Die Schnitte kommen auf einige Minuten in eine 1%ige Lösung von Wasserblau, werden dann in Wasser abgespült und in wässerige 1%ige Saffraninlösung gebracht, welche man zweckmäfsigerweise vorher mit etwas Anilin schüttelt und filtriert. Hier bleiben die Schnitte etwa drei Minuten, werden sodann in Wasser mit etwas Salzsäure abgespült und in Alcohol absolutus rasch entwässert. Alle Zellkerne und die Hornschicht zeigen ebenso wie das Elacin das Saffraninrot, das Kollagen wird blau gefärbt. Auf diese Weise wird also ein vortrefflicher Kontrast der roten Elacinfasern auf blauem Kollagenhintergrunde erzielt.

Will man bei Anwendung der zweiten Methode neben Elacin auch Kollagen gefärbt erhalten wie bei der dritten Methode, so ist nur der Tanninlösung etwas Orange, Wasserblau oder Säurefuchsin zuzugeben, um

dadurch eine entsprechende Kontrastfärbung zu erlangen. Ich habe zu diesem Zwecke auch die schöne Kollagenfärbung von UNNA gebraucht (Hämatoxylin-Säurefuchsin-Pikrinsäurelösungen), obwohl diese mit der Tanninmethode nur schwer vereinbar ist.

Es war für mich aber von grofser Wichtigkeit bei der Vorbereitung des Materiales und als Vergleichspräparate solche zu erhalten, in welchen Elastin neben Elacin gefärbt wurde. Zu diesem Zwecke habe ich alle die Methoden benutzt, welche UNNA bei der Besprechung der Färbungen des Kollagens und seiner Veränderungen angiebt. Ich werde sie alle nicht vorführen, denn sie sind nur kombinierte Methoden von Kollagen-, Kollastin-, Kollacin-, Elastin- und Elacinfärbung. Ich werde aber alle diejenigen hier erwähnen, welche mir die schönsten und deutlichsten Bilder gegeben und dadurch den gröfsten Nutzen gebracht haben.

Die Grundlage aller dieser kombinierten Methoden bildet die Färbung der Elastinfasern mittelst saurem Orcein, dann die Tingierung des Elacins mittelst einer der bekannten Methoden und endlich eine gute Kollagenfärbung, um durch den Kontrast der Farben deutlichere Bilder zu bekommen.

Die beste, die ich an der Spitze aller stellen mufs, ist die S. Orcein-Methylenblau-Tanninmethode. Man führt sie folgendermafsen aus:

1. Saure Orceinlösung 10—15 Minuten,
2. Alcohol dilutus,
3. Wasser,
4. Polychrome Methylenblaulösung 2 Minuten,
5. Wasser,
6. 33%ige wässerige Tanninlösung mit etwas Orangezusatz einige Minuten,
7. Wasser, sehr gründlich (!) abspülen, besser lange Zeit auswässern,
8. Alcohol absolutus, Öl, Balsam.

Man erhält hierbei Elastin und mit diesem verwandtes Kollastin mit Orcein dunkelbraun, Elacin und das ihm verwandte Kollacin, basophiles Kollagen und die Zellkerne blau, Kollagen mit Orange gelb gefärbt.

Die zweite gute Methode ist die folgende:

1. Saure Orceinlösung 10—15 Minuten,
2. Alcohol dilutus,
3. Wasser,
4. Karbolfuchsinlösung 5 Minuten,
5. Wasser,
6. 33%ige wässerige Tanninlösung mit etwas Orange- oder Wasserblauzusatz einige Minuten,
7. Leicht angesäuertes Wasser einige Sekunden,
8. Alcohol absolutus, Öl, Balsam.

Man kann auch die dritte Elacinmethode mit Elastinfärbung kombinieren, indem man vor dieser Färbung die Schnitte in saurer Orceinlösung tingiert.

Diese letzten kombinierten Färbemethoden, welche sowohl die normalen wie auch veränderten Gewebe und ihr gegenseitiges Verhältnis sichtbar machen, haben mir die Möglichkeit gegeben, die Veränderungen in der Haut kennen zu lernen, welche UNNA unter dem Titel „Senile Degeneration" beschreibt, denen er aber auch die richtigere Benennung „Witterungsdegeneration" beilegt, da sie auch bei jungen Individuen, und zwar unter dem Einflusse der Atmosphäre vorkommen können.

Auf Grund des von mir untersuchten und mit allen genannten Färbemethoden behandelten Materials (ungefähr 100 Häute aus verschiedenstem Lebensalter) läfst sich konstatieren, dafs das Elacin in der Haut unter gewissen Umständen vorkommt, ferner dafs es bei Individuen verschiedenen Alters angetroffen wird, endlich, dafs das Verhältnis desselben zu anderen Veränderungen je nach dem Alter des Individuums sich verschieden gestaltet.

Meine besten Präparate erhielt ich in den Häuten von sechs Individuen aus verschiedenem Lebensalter (27, 41, 50, 56, 64, 86 Jahre). In allen befindet sich Elacin in bedeutender Menge.

Beim Durchschauen der mit saurer Orceinlösung und polychromem Methylenblau gefärbten und mit Tannin entfärbten Präparate kann man genau beobachten, wie dies schon UNNA beschrieben hat, dafs die einen elastischen Fasern sich stark mit Orcein färben, die anderen einen mehr blauen Ton haben oder ganz blau gefärbt sind. Durch den Vergleich dieser Schnitte mit nur mittelst saurer Orceinlösung (Orcein färbt sie schwächer als die normalen Fasern) oder mit anderen Methoden für elastisches Gewebe behandelten Präparaten kann man leicht beweisen, dafs die obengenannten blauen Fasern zum elastischen Netze gehören und nur abweichende Farbenreaktion zeigen. Bei stärkerer Vergrösserung ist zu beobachten, dafs diese in Bezug auf die Farbenreaktion verschiedenen elastischen Fasern ineinander übergehen, ja sogar, dafs eine und dieselbe Faser zum Teil mit Orcein, zum Teil mit Methylenblau gefärbt ist. Jedermann also, der ein auf diese Weise gefärbtes Präparat gesehen hat, kann nicht leugnen, dafs neben den normalen Fasern auch solche von anderer Farbenreaktion sich befinden, besonders wenn er einen Schnitt von solcher Haut nur mit Methylenblau oder mit anderem basischen Farbstoff gefärbt und mit Tannin entfärbt hat.

Diese letzten Präparate überzeugen mit Bestimmtheit, dafs diese veränderten Fasern im Gegensatz zu den normalen, welche acidophil sind, basophil erscheinen. Die Existenz so veränderter elastischer Fasern, von UNNA **Elacin** genannt, unterliegt somit keinem Zweifel.

Reizenstein hat schon diese Beobachtung gemacht, dafs die im allgemeinen senil genannten Veränderungen auch bei jüngeren Individuen vorkommen. Meine Präparate von den Häuten jüngerer Individuen bestätigen diese Ergebnisse. Überdies wird durch den Vergleich mit den Häuten höheren Alters leicht ersichtlich, dafs die jüngeren sogar Elacin in gröfserer Menge aufweisen können, abgesehen von anderen begleitenden Veränderungen. Der zweite Punkt, das ist das Vorkommen des Elacins in der Haut jüngerer Individuen, erscheint somit bewiesen.

Was die Ursache dieser Degeneration betrifft, so teile ich die Überzeugung Unnas, dafs diese nicht an ein höheres Alter des untersuchten Individuums gebunden ist, sondern vielmehr auf die äufseren Einflüsse, besonders der Luft und des Lichtes, welche durch eine Reihe von Jahren auf die Haut einwirken, zurückzuführen ist. Als Beweis dessen könnte ich anführen, dafs ich gut entwickeltes Elacin nur bei Männern gefunden, dagegen bei Weibern solches nur in sehr geringer Menge gesehen habe; ferner, was schon vorher bemerkt wurde, dafs ich grofse Quantitäten bei relativ jungen Leuten (27, 41 Jahre) gefunden habe, welche ihrer Beschäftigung halber der fast fortwährenden Einwirkung des Lichtes und der Luft ausgesetzt waren (Maurer, Fuhrmann). Alle diese, bei welchen ich wenigstens eine Spur von Elacin fand, waren Leute, die der ärmsten, schwer arbeitenden Klasse angehörten. Bei älteren Leuten (über 60 Jahre) habe ich nebst geringer Menge von Elacin noch andere Veränderungen gefunden, eine Degeneration höheren Grades, welche mit Recht den allgemeinen Namen: „senile Degeneration“ verdient. Irgend einen Einfluſs der Krankheiten, die bei den untersuchten Individuen die Todesursache bildeten, auf das Vorkommen des Elacins konnte ich nicht konstatieren. Das Vorhandensein des Elacins allein ist aber kein Zeichen der senilen Degeneration, sondern nur, wie gesagt, eine Folge der äufseren Einflüsse, wodurch sich auch die Thatsache erklärt, dafs es nur an vor diesen Einflüssen nicht geschützten Stellen, das ist in der Gesichtshaut, am Halse und an den Händen, sich befindet.

Ich habe schon früher erwähnt, dafs ich Elacin allein, von keiner anderen Veränderung begleitet, niemals in der Haut gefunden, und zwar fand ich an Stelle des subepithelialen Netzes, wo im normalen Zustande zahlreiche, vielfach gewundene, zartere und dickere elastische Fasern sich befinden, nebst dem Elacin stets eine Veränderung in der Gestalt einer dicken, bei Orceinfärbung rotbraunen Schicht, welche bei schwacher Vergröfserung mehr oder weniger homogen aussah, bei stärkerer Vergröfserung aber und bei Ölimmersion aus zahlreichen dicken, geschwollenen Fasern nebst Krümeln, Körnern und Schollen zusammengesetzt erscheint.

In den Häuten junger Individuen ist das subepitheliale Netz noch

gut und deutlich als solches zu erkennen, obwohl die Fasern mehr gewunden, das ganze Netz mehr gekräuselt erscheint als im normalen Zustande. Von diesem Netze aus gehen noch einige Fäserchen zum Epithel, und kann man an demselben dieselbe Erscheinung der Kräuselung beobachten. Erst unter dem subepithelialen Netze liegen in diesen jüngeren Häuten die oben beschriebenen Befunde, welche, wie das an gut gefärbten Präparaten leicht zu erkennen ist, auf Veränderungen beruhen, die nicht nur die elastischen Fasern, sondern auch das Kollagen betreffen. Die Veränderung erscheint gleichwie eine Konfluenz dieser beiden Elemente, eine gewisse Imprägnation des Kollagens durch Elastin, was die Benennung Unnas, Kollastin, rechtfertigt.

Zuweilen findet man zwischen diesen Massen oder an benachbarten Stellen noch gut erhaltene und färbbare elastische Fasern, was uns erlaubt, einen genauen Vergleich zwischen denselben und dem benachbarten Kollastin durchzuführen.

Unter dieser veränderten Schicht der elastischen Fasern befindet sich eine andere mit letzterer in Verbindung stehende Schicht, in welcher sich verschieden gefärbte Fasern unterscheiden lassen. Die einen sind mit Orcein stark gefärbt, die anderen haben mehr blauen Ton, und wieder andere sind fast ganz blau (Elacin).

Man sieht also, daſs bei jüngeren Individuen Elacin in höheren Partien der Haut sich befindet, während es bei älteren öfters etwas tiefer in der eigentlichen Cutis erscheint, zuweilen sogar in der Umgebung des Fettgewebes.

Elacin selbst ist durch seine Anordnung charakterisiert: Es besteht nämlich aus etwas dickeren Fasern, die zu Knäueln zusammengeballt in den dem Epithel nahen Schichten liegen und einerseits nach unten hin mit den normalen Fasern, die den gewöhnlichen wellenartigen Verlauf haben, andererseits nach oben hin mit den verdickten und vielfach gewundenen, in den oberen Hautschichten liegenden elastischen Fasern sich verbinden. Die degenerierten Fasern der tieferen Schichten der eigentlichen Haut bieten gewöhnlich diese Veränderung in der Anordnung nicht.

Nebst den oben beschriebenen Veränderungen findet man im Kollagen hier und da mit basischen Farben tingierte Fasern, also basophiles Kollagen, welches, wenn auch in geringer Menge, auch in jüngeren Häuten vorkommt. Im späteren Alter (60 Jahre) endlich tritt noch eine degenerative Veränderung des Kollagens hervor, welche Unna Kollacin nennt. Der Form und Lokalisierung nach ist das Kollacin dem Kollastin ähnlich, da es so wie jenes nahe dem Epithel liegt und klumpige Massen bildet, unterscheidet sich aber von jenem durch seine hervorragend basophile Farbenreaktion, da es sich mit basischen Farben leicht tingiert. (Methylenblau, Saffranin, Karbolfuchsin.)

Alle die oben beschriebenen Veränderungen sind als durch die Einwirkung der Atmosphäre entstandene Degenerationen aufzufassen und können mit dem Alter des Individuums nur insofern in Zusammenhang gebracht werden, als durch längeres Andauern der genannten Einflüsse auch die Degeneration ausgeprägter wird. Daher kommt es, dafs sie nur in der Haut solcher alter Individuen angetroffen werden, welche solchen Einflüssen ausgesetzt werden. Die eigentlichen senilen Veränderungen der Haut kennzeichnen sich durch Atrophie aller Hautelemente.

Das oben geschilderte Bild mufs noch durch folgendes ergänzt werden. Die Blutgefäfse, besonders die in den oberen Schichten liegenden, sind erweitert, die zelligen Elemente in ihrer Umgebung oft vermehrt und der Pigmentgehalt gröfser als in der normalen Haut.

Schliefslich soll noch einer Veränderung Erwähnung geschehen, welche die Autoren beschreiben und durch den teilweisen Zerfall oder Verdickungen der normalen oder veränderten elastischen Fasern zu erklären suchen. Ich habe alle diese Veränderungen in Form von Zerstückelung oder knotigen Verdickungen der Fasern oft an meinen Präparaten beobachtet. Es will mir aber scheinen, dafs diese Bilder vielmehr dadurch zu erklären seien, dafs es sich bei unserer Affektion hier um eine Verwirrung elastischer Fasern handelt, die im Begriffe sind, Knäuel zu bilden.

Es mag wohl schwer sein einen ganz überzeugenden Beweis zu liefern, es ist aber mein Eindruck, dafs diese Faserpartikel von so verschiedener Gestalt und Lage den Durchschnitt eines aus elastischen Fasern gebildeten Knäuels repräsentieren können. Hingegen habe ich nie eine Faser in solcher Weise zerstückelt zu sehen bekommen, dafs man daraus auf einen thatsächlichen Zerfall derselben schliefsen könnte. Für meine Annahme spricht auch der Befund von grofsen Mengen verworrener elastischer Fasern in den oberen Hautschichten, wie auch die genaue Untersuchung des Bildungsprozesses des Kollastins in seinen ersten Stadien in den genannten Schichten.

Um das ganze Bild zusammenzufassen, bemerke ich noch einmal, dafs das Verhältnis aller dieser Veränderungen mit dem Alter wechselt. Kollastin tritt in den oberen Schichten der Haut junger Individuen — oft nebst etwas verändertem subepithelialen elastischen Gewebe — in grofser Menge auf, und scheint mit dem Alter abzunehmen. Elacin kommt bei jüngeren Individuen und zwar besonders in den oberen Schichten in gröfserer Menge vor und entwickelt sich erst später auch in den tieferen Schichten der eigentlichen Haut, ohne sich jedoch auf die Papillarschicht allein zu begrenzen. Daneben wird hier und da auch basophiles Kollagen angetroffen. Die als Kollacin bezeichnete Veränderung tritt zu jenen Veränderungen in gröfserer Menge erst im höheren Alter hinzu.

Litteratur.

Arning, Weitere Bemerkungen über Sklerodermie. (*Würzb. med. Zeitschr.* Bd. V.)

Audry, Über das elastische Gewebe einiger normaler und erkrankter Schleimhäute. (*Annal. de derm. et de syphil.* 1894, 12.)

Balzer, Recherches techniques sur le tissu élastique. Appareils élastiques de la peau. Rapports du tissu musculaire et tissu elastique. (*Arch. f. Physiol.* 1892.)

Beck, Beitrag zur Kenntnis der elastischen Fasern und ihres Verhältnisses zu den Lymphgefäßen der Haut. (*Arch. f. Derm. u. Syph.* 1897. Bd. 38, 3.)

— Über die histologischen Veränderungen der Haut bei Myxödem. (*Monatsh. f. prakt. Derm.* 1897. Bd. 24, 12.)

Behrens, (Inaug.-Diss.) Zur Kenntnis des subepithelialen elastischen Netzes der menschlichen Haut. (*Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. 18.)

Beneke, Über einige Resultate einer Modifikation der Weigertschen Fibrinfärbung. (*Centralbl. f. allg. Path. u. path. Anat.* Bd. IV.)

Burci, Rapid Staining of elastic fibres. (*Journ. of the r. microsc.* Vol. VI.)

Darier, Pseudoxanthoma elasticum. (*Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. 23, 12.)

Ewald, Zur Histologie und Histochemie der elastischen Fasern und Bindegewebes. (*Zeitschr. f. Biol.* XXVI.)

Gardner, Zur Frage der Histogenese des elastischen Gewebes. (*Biol. Centralbl.* 1897, 11.)

Gerlach, Über die Anlage und Entwickelung des elastischen Gewebes. (*Morph. Jahrb.* Sup.-Bd. IV. 1887.)

Guttentag, Über das Verhalten der elastischen Fasern in Hautnarben und bei Destruktionsprozessen der Haut. (*Arch. f. Derm. u. Syph.* 1894. Bd. 27, 2.)

Heitzmann, Der feinere Bau der normalen Haut. (*Arch. f. Derm. u. Syph.* 1890.)

Herxheimer, Ein neues Färbungsverfahren für die elastischen Fasern der Haut. (*Fortschr. d. Med.* 1886.)

— Neue Färbungsmethode der elastischen Fasern. (*Arch. f. Derm. u. Syph.* Bd. 29, 1.)

Jadassohn, Über Atrophia maculosa cutis. (*Verh. d. deutsch. dermat. Ges.* 1892. S. 342.)

Kölliker, Über die Entwickelung der sog. Kernfasern, der elastischen Fasern und des Bindegewebes. (*Würzb. Verh.* Bd. 3, 1.)

Köppen, Färbung der elastischen Fasern und der Hornschicht. (*Zeitschr. f. wiss. Mikrosk.* 1889.)

Kromayer, Elastische Fasern, ihre Regeneration und Widerstandsfähigkeit. (*Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. 19, 3.)

Kuskow, Beiträge zur Kenntnis der Entwickelung des elastischen Gewebes im Lig. nuchae und im Netzknorpel. (*Arch. f. mikrosk. Anat.* Bd. 30. 32.)

Küstner, Zur Anatomie der Graviditätsnarben. (*Virch. Arch.* Bd. 67.)

Langer, Über die Textur der sog. Graviditätsnarben. (*Med. Jahrb. v. Stricker.* 1880, 49.)

Lustgarten, Victoriablau, ein neues Tinktionsmittel für elastische Fasern und für Kerne. (*W. med. Jahrb.* 1886.)

Martinotti, Färbung der elastischen Fasern. (*Jahresber. üb. d. Fortschr. d. Med.* 1887.)

Manchot, Über die Entstehung der wahren Aneurysmen. (*Virch. Arch.* Bd. 121.)

Meissner, Über elastische Fasern in gesunder und kranker Haut. (*Derm. Zeitschr.* Bd. 3, 2.)

Mibelli, Di un metodo semplice per la dimonstrazione delle fibre elastiche della pelle. (*Monit. Zoolog. Ital.* 1890, 1.)

Nekam, Einige Bemerkungen über den Bau und die Bedeutung der elastischen Fasern für die Haut. (*Annal. de derm. et de syphil.* 1895, 2.)

Neumann, Über die senilen Veränderungen der menschlichen Haut. (*Arch. f. Derm. u. Syph.* 1869, 1.)

Passarge u. Krösing, Schwund und Regeneration des elastischen Gewebes der Haut. (*Derm. Stud.* 1894.)

Pfeuffer, Die elastischen Fasern des Lig. nuchae unter Pepsin- und Trypsineinwirkung. (*Arch. f. mikr. Anat.* Bd. 16.)

Pini, Beitrag zum Studium der elastischen Fasern bei einigen Hautläsionen. (*Ital. Kongr.* 1895.)

Reizenstein, Über die Altersveränderungen der elastischen Fasern in der Haut. (*Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. 18, 1.)

Riehl, Über die elastischen Fasern. (*Int. kl. Rundschau.* 1893, 26.)

Rochemont, Über das Verhalten der elastischen Fasern bei pathologischen Zuständen der Haut. (*Arch. f. Derm. u. Syph.* 1893, 4.)

Sack, Über Ulerythema sycosiforme. (*Monatsh. f. prakt. Derm.* 1891. Bd. 13.)

Schmidt, Über die Altersveränderungen der elastischen Fasern. (*Virch. Arch.* 1891. Bd. 25.)

Schütz, Beiträge zur Pathologie der Psoriasis. (*Arch. f. Derm. u. Syph.* 1892, 5.)

Schwalbe, Beiträge zur Kenntnis des elastischen Gewebes. (*Zeitschr. f. Anat. u. Entwickelg.* Bd. 2.)

Secchi, Zur Topographie des elastischen Gewebes der normalen menschlichen Haut. (*Arch. f. Derm. u. Syph.* Bd. 34.)

Sederholm, Über das elastische Gewebe in der Haut von Personen mittleren und höheren Alters. (*Nord. med. Ark.* 1892, 15.)

Soffiantini, Beitrag zum Studium des elastischen Gewebes bei fibrösen Neubildungen der Haut. (*Giorn. ital. de mal. ven. e della pelle.* 1893. Fasc. II.)

Soudakewitsch, Riesenzellen und elastische Fasern. (*Virch. Arch.* 1889, 2.)

Taenzer, Über die Unnasche Färbungsmethode der elastischen Fasern. (*Monatsh. f. prakt. Derm.* 1887.)

Triepel, Die Struktur der Gehirnvenen und die Blutzirkulation in der Schädelhöhle. (*Anat. Heft.* 1898. II, 3.)

Unna, Das elastische und glatte Muskelgewebe der Haut. (*Monatsh. f. prakt. Derm.* 1882.)

— Eine neue Darstellungsmethode des elastischen Gewebes der Haut. (*Monatsh. f. prakt. Derm.* 1886, 6.)

— Die spezifische Färbung des Kollagens. (*Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. 18, 11.)

— Elastin und Elacin. (*Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. 19, 8.)

— Basophiles Kollagen, Kollastin und Kollacin. (*Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. 19, 9.)

— Bericht über die Taenzersche Orceinmethode zur Färbung der elastischen Fasern auf der Bremer Naturforscher-Versammlung 1890.

— Modifikation der Taenzerschen Methode nach Unna. (*Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. 12, 9.)

— Entwickelungsgeschichte und Anatomie der Haut. (*Ziemssens Path. u. Ther.*)

— Histopathologie der Hautkrankheiten. 1894.

Weigert, Neue Färbung für elastische Fasern. (*Centralbl. f. allg. Pathol. u. pathol. Anat.* 1898. Bd. 8, 9.)

Wolters, Beitrag zur Kenntnis der Sklerodermie. (*Arch. f. Derm. u. Syph.* 1892.)

Zenthöfer, Die elastischen Fasern im normalen Zustande. (*Derm. Stud.* 1892.)

Aus der Praxis.

Zur Anwendung der Pyrogallussäure im Gesicht.

Von

Dr. Leo Leistikow.

Ein jeder Fachkollege wird zur ambulatorischen Behandlung von Hautkrankheiten des Gesichts die Pyrogallussäure nur selten heranziehen, denn die bekannte Schwarzfärbung der Haut und die erythematöse Entzündung, welche gerade im Gesicht dabei sehr leicht eintritt, verhindern in kurzer Zeit den Patienten, seinem Berufe nachzugehen. Und doch wird man bei verschiedenen Affektionen — ich nenne nur die schweren Formen von Psoriasis vulgaris und Lupus erythematosus — die Pyrogallussäure kaum entbehren können.

Schon längere Zeit suchte ich nach einem Vehikel, welches die Nachteile der Pyrogallolbehandlung an unbedeckt getragenen Hautpartien vermeidet. Von allen am meisten bewährte sich mir das von E. Schiff in Wien in die Dermatotherapie eingeführte Vehikel Filmogen. Dasselbe stellt eine wasserklare Flüssigkeit dar, welche Pyrogallussäure leicht und schnell löst und auf die Haut gepinselt eine sehr zarte, ungemein feine Decke liefert, die durch Reiben mit einem trockenen oder angefeuchteten Läppchen sehr schnell entfernt werden kann.

In einer grofsen Zahl von mir behandelter Fälle habe ich mich nur auf die Nachtbehandlung beschränkt. Das Waschen mit Seife, welches die Schwarzfärbung der Haut sehr begünstigt, wurde strenge untersagt. Selbst nach wochenlanger Behandlung trat keine Schwarzfärbung der Haut ein, höchstens eine leichte bräunliche Verfärbung, welche durch Pudern bei Tage leicht unsichtbar gemacht werden konnte. Natürlich darf man nicht zu hochprozentuiertes Pyrogallolfilmogen gebrauchen. Ich verwendete es meist in 2—5%iger Stärke. In keinem Falle stellten sich entzündliche Symptome ein.

So glaube ich denn mit Recht das Pyrogallolfilmogen bei ambulatorischer Behandlung von inveteriertem Ekzem, Psoriasis, Lupus erythematosus und Ulerythem. ophryog. Taenzer empfehlen zu können.

Versammlungen.

Venerologisch-dermatologische Gesellschaft zu Moskau.

Sitzung vom 21. Januar (2. Februar) 1900.

Originalbericht von Arth. Jordan-Moskau.

1. Lasareff als Gast stellte einen Soldaten mit **Lepra maculo-tuberosa** vor. Der Kranke stammt aus gesunder Familie und ist gebürtig aus dem Orlowschen Gouvernement, wo er bis zu seiner Einberufung ausschliefslich gelebt hat. Vier Monate nach begonnener Dienstzeit, im März v. J., nahm das Leiden nach einer Erkältung seinen Anfang und präsentiert sich jetzt bereits in gröfseren, infiltrierten und anästhetischen Flecken, die sich aber vorzüglich auf die rechte Gesichtshälfte beschränken und nur hier und da auf anderen Körperstellen vorkommen.

Diskussion: Orloff vermifst die Bemerkung, dafs die Diagnose Lepra in diesem Fall zuerst von Pospelow gestellt worden ist. Malyscheff richtet die Aufmerksamkeit auf den Umstand, dafs sowohl in diesem Fall als auch in verschiedenen anderen in der Gesellschaft vorgestellten Leprafällen die Krankheit im Anschlufs an eine Erkältung zum Ausbruch kam. Speranski erkundigt sich, ob der Kranke nie aus dem Orlowschen Gouvernement herausgekommen ist. L. antwortet: Nein. Pospelow hebt die Seltenheit der halbseitigen Anordnung des Prozesses im Gesicht hervor und betont die Wichtichkeit einer Isolierung der Leprösen, wobei er speziell der leprösen Soldaten gedenkt. Die Fälle von Lepra unter den Rekruten mehren sich, aber bisher ist die Frage: wohin mit denselben? in militärischen Kreisen noch nicht ventiliert worden. Durch ein Zurückschicken der betreffenden Rekruten in die Heimat wird aber der Weiterverbreitung der Krankheit nur Vorschub geleistet.

2. Lasareff als Gast stellte ferner einen Soldaten mit **Keratosis pilaris** vor, die sich lokalisiert auf den Ellenbogen, den Knien, den Streckseiten der Unterarme, den Glutaeen und den Beugeseiten der Oberschenkel.

Pospelow sprach über die Differentialdiagnose zwischen Keratosis pilaris und den sonst in Frage kommenden Krankheitsprozessen.

3. Krassnoff als Gast berichtete über einen weiteren Fall entschiedener **Besserung der Elephantiasis Arabum durch Kalomelinjektionen** und führte zugleich die betreffende Kranke vor.

Tschlenoff erinnert im Anschlufs hieran an zwei eigene Beobachtungen günstiger Beeinflussung von Lupus durch Kalomelinjektionen.

Pospelow freut sich zu sehen, dafs seine vor einem Jahre in dem Jubiläumsheft der Med. Obosrenje beschriebene Beobachtung von Besserung der Elephantiasis durch Kalomel Bestätigung findet durch jetzt schon mehrere in der Gesellschaft vorgestellte Fälle derselben Art.

4. Tschlenoff demonstrierte zwei Fälle von **Tuberculosis cutis.** In dem einen handelt es sich um eine 30jährige, schwindsüchtige Frau, bei welcher sich unlängst eine typische verrukös-tuberkulöse Wucherung auf der Rückenfläche des rechten kleinen Fingers eingestellt hat. In dem anderen Fall handelt es sich um ein primäres, tuberkulöses Ulcus penis, da sich bei dem betreffenden, 40jährigen, verheirateten Patienten gar keine sonstigen tuberkulösen Erscheinungen finden. Das Ulcus nimmt die eine Hälfte der Eichel ein und setzt sich auf den Sulcus coronarius und die Vorhaut fort. Klinisch zeichnet sich das Ulcus durch keine Be-

sonderheiten aus, mikroskopisch sieht man aber die charakteristischen Merkmale des Tuberkels (Riesenzellen, käsige Entartung), welche nach Prof. Nikiforow die Diagnose Tuberkulose in diesem Fall über jeden Zweifel erheben.

5. Kracht stellte einen Fall von **Cornu cutaneum** des Mittelfingers der linken Hand bei einem Manne vor.

6. Orlow sprach über das Resultat der **mikroskopischen Untersuchungen des Genitalsekretes der Prostituierten Moskaus.** Es zeigte sich dabei, daſs 44,6% aller untersuchten Prostituierten Tripper hatten.

Fachzeitschriften.

Archiv für Dermatologie und Syphilis.

Band 50, Heft 3.

I. **Die günstige Wirkung der Röntgenstrahlen auf den Lupus und deren Nebenwirkung auf die Haut und ihre Anhangsgebilde,** von J. Himmel-Kasan. Auf den Vorschlag von Prof. Gay unternahm es Verfasser, die Resultate, welche verschiedene Autoren bei der Behandlung des Lupus mit Röntgenstrahlen erzielt hatten, einer Nachprüfung zu unterziehen und gleichzeitig die Veränderung eingehend zu studieren, welche unter Einwirkungen von X-Strahlen in der gesunden und lupösen Haut entstehen. Als Material dienten ihm vier Patienten, die schon mehrere Jahre an Lupus vulgaris litten. Zunächst wurden an drei Kranken gleichzeitig die Versuche angestellt. Die Patienten wurden so plaziert, daſs die Strahlen aus der Crookesschen Röhre (maximale Funkenlänge 40 cm) auf die affizierten Stellen der drei Kranken gleichzeitig fielen. In den ersten 11 Sitzungen wurden auſser den kranken Stellen auch gesunde Hautpartien den Röntgenstrahlen ausgesetzt, die lupösen Stellen in einer Entfernung von 18—20 cm von der Röhre, die gesunden in einem verhältnismäſsig gröſseren Abstande.

Die Krankengeschichten der Fälle werden ausführlich mitgeteilt.

Was die allgemeine Wirkung der X-Strahlen auf die Haut betrifft, so konnte Verfasser Haarausfall, Reizung der Sehnerven, Ansammlung von Pigment an der Peripherie der entzündeten Teile, mehr oder minder starke Dermatitisformen vom einfachen erysipelähnlichen Zustande bis zur Bildung von Geschwüren beobachten.

Die pathologischen Veränderungen, welche sich unter der Anwendung der X-Strahlen auf der normalen wie der lupösen Haut abspielen, sind zuerst starke Abschuppung, dann Entblöſsung von der Hornschicht. Man sieht jedoch die lupösen Herde, nicht wie die gesunden Stellen von zarten Granulationen, sondern von einer graugelben Zerfallsmasse bedeckt.

Das histologische Bild weist darauf hin, daſs sowohl die Schichten der Haut, das Epithel und ein Teil des Corium als auch die lupösen Knötchen einer allmählichen Nekrose verfallen und eintrocknen.

Auf Grund seiner Experimente kommt der Verfasser zu dem Schlusse, daſs die Dauer der einzelnen Sitzungen, und die mehr oder minder groſse Entfernung der erkrankten Stelle von der Crookesschen Röhre groſsen Einfluſs auf den Entzündungsprozeſs in der Haut ausüben. Was die Heilwirkung der X-Strahlen auf den lupösen Prozeſs betrifft, so ist Verfasser geneigt, „der Meinung von Gocht beizupflichten,

nach welcher die nicht infektiöse, relativ unschädliche Entzündung der Haut, die unter der Wirkung der X-Strahlen entsteht, sobald sie das Unterhautzellgewebe erreicht, die Bacillen vernichtet resp. die kranke Haut einer Heilung entgegenführt.

II. **Zwei Fälle einer mit Epidermolysis bullosa, konsekutiver Hautatrophie, Epidermiscysten und Nagelverkümmerung einhergehenden Hautkrankheit**, von S. Rónа-Budapest. Fall 1 betraf ein 10jähriges Mädchen, das nach den Angaben der Mutter im Alter von 1½ Jahren an den Fufsrücken kreuzergrofse, mit durchsichtigem Inhalte oder Blut gefüllte Blasen bekam. Nach Heilung derselben blieben blaue Flecke zurück. Nach einem Fall auf die Knie löste sich die Epidermis gleich in Blasen los, ebenso entstanden auf Verletzungen durch Fall, Reibung etc. Blasen an den oberen Extremitäten, sogar an den Handtellern. Auf dem Rücken, wo die Kleiderfalten anliegen, entstanden spontan sehr oft Blasen, dasselbe geschah auch an anderen Körperstellen. Die Nägel fingen gleich nach der Geburt an abzufallen; seitdem sind sie des öfteren gewachsen, um wieder abzufallen. Die neuen Nägel wuchsen stets in unregelmäfsiger Form.

Gegenwärtig zeigt das Mädchen aufser Anzeichen ihrer angeborenen Hautaffektion, Pediculi capitis, Scabies und Ekzem. Allgemeinbefinden und Intelligenz sind normal. Im weiteren Verlaufe schiefsen neue Blasen hervor, während andere eintrocknen und verschwinden.

Fall 2 betraf die Mutter des ersten Falles, bei der in ähnlicher Weise wie bei der Tochter auf geringe Verletzungen Blasen an den entsprechenden Stellen sich entwickelten. Zahlreiche Narben und Flecken deuten auf verschwundene Efflorescenzen hin. Auch diese Patientin hat Scabies, Pediculi, Ekzem. Unter der Behandlung ändert sich der Zustand, soweit die angeborene Affektion in Betracht kommt, während des viermonatlichen Spitalaufenthalts bei der Patientin nicht. Verfasser bespricht die Diagnose und Differentialdiagnose. Die charakteristischen Erscheinungen in allen von französischen und englischen Autoren wie in den vom Verfasser beschriebenen Fällen sind dieselben. Bei sämtlichen treten an verschiedenen Körperteilen, meistens aber an den Extremitäten schon von der Geburt oder früher Kindheit her mit Serum oder Blut gefüllte, dünnwandige Blasen auf, aber stets infolge eines Traumas; in einzelnen Fällen zeigen sich Läsionen auch auf der Mundschleimhaut. In der Mehrzahl der Fälle entstehen im Gefolge der Blasen Infiltration des Corium, Hautatrophie und Narben. In allen Fällen waren die Nägel mehr oder minder stark affiziert, fielen ab oder wurden dystrophisch.

Die Heredität scheint, wenn auch nicht immer, so doch relativ häufig eine ätiologische Rolle zu spielen. Doch wird von Hallopeau, Török und anderen Autoren die „hereditäre Neigung zur traumatischen Blasenbildung“ unterschieden von der „Epidermolysis bullosa hereditaria.“ Verfasser findet nach seinen Beobachtungen und dem Studium der einschlägigen Litteratur, dafs die beiden Affektionen folgende gemeinsame Züge haben:

1. Seit der Geburt oder früher Kindheit bestehende Disposition zu traumatischer Blasenbildung.

2. Dafs die Blasen auf verschiedenen Körperteilen, sogar auf der Mundschleimhaut auftreten können; hauptsächlich aber doch die Extremitäten bevorzugen.

3. Dafs beide Affektionen Eltern oder Geschwister und Kinder befallen.

4. Dafs beide sehr chronisch verlaufen und durch keinerlei Therapie beeinflufst werden können.

5. Dafs bei beiden das Allgemeinbefinden intakt ist.

Andererseits wurde in keinem Falle der einfachen Epidermolysis bullosa hereditaria bisher im Gefolge der Blasen und traumatischen Läsionen anhaltende Corium-

infiltrationen oder konsekutive Atrophien oder Narben beobachtet; in keinem Falle wurden Nageldystrophien etc. sowie miliumartige Epidermiscysten bemerkt. Angesichts der sehr prägnanten klinischen Differenzen zwischen beiden Affektionen hält es Verfasser für verfrüht, dieselben schon heute als einen und denselben Prozefs zu erklären.

III. **Ein Fall von Hypotrichosis (Alopecia congenita)**, von Felix Pincus-Berlin. Der 8jährige Knabe wurde nach den Angaben seiner Mutter mit dichtem Kopfhaar geboren. Als er einige Monate alt war, entstand ein Krustenbelag am Vorderkopf; mit dem Abfallen der Krusten fielen auch die Haare aus. An den übrigen Kopfpartien fielen sie ohne Hauterkrankung aus. Im Alter von 9 Monaten war der Patient vollständig kahl. Seit dieser Zeit sind nur wenig Haare wiedergewachsen. Der Vater des Patienten ist fast ganz kahl. Er besitzt nur einige Schnurrbarthaare und Augenwimpern, hat sonst gar keine Haare am Körper. Die Kahlheit begann bei ihm, als er einige Monate alt war.

In dem vom Verfasser sehr ausführlich beschriebenen Falle handelt es sich um eine mangelhafte Anlage der Haare, um einen Bildungsfehler, den Bonnet mit Hypotrichosis bezeichnet. Der Haarausfall einige Monate nach der Geburt des Patienten war ein normaler Vorgang, wie er bei Kindern gewöhnlich beobachtet wird. Die Abweichung von der Norm besteht im vorliegenden Falle in dem dem Haarausfall folgenden mangelhaften Nachwuchs neuer gesunder Haare.

Eine mikroskopische Untersuchung konnte nicht ausgeführt werden.

Von Autoren, welche sich mit der Alopecia congenita beschäftigt haben, hat nur Bonnet eine systematische Untersuchung der ganzen Haut einer hypotrichotischen Ziege ausgeführt und auf Grund derselben eine von vornherein mangelhafte Haaranlage angenommen.

Nach den sonstigen Angaben in der Litteratur scheint es die Regel zu sein, dafs in Fällen von Hypotrichosis mit zeitlebens geringem Haarwuchs die Anzahl der fötalen Haare stets gröfser war, als die der bleibenden; es ist auch im späteren Leben die Anzahl der Haarfollikel bedeutend gröfser als die Menge der durchbrechenden Haare.

Man hat es somit in solchen Fällen mit einer Mifsbildung, oder besser mit einer Hemmungsbildung zu thun.

Der Unterschied zwischen der Hypotrichosis und der Trichostasis, einer anderen Hemmungsbildung, welche das Haarsystem treffen kann, besteht darin, dafs bei ersterer Haarwechsel und Qualitätswechsel des Haares um die Zeit der Geburt herum, wie in der Norm, vorhanden sind, während sie bei der letzteren fehlen.

IV. **Über die Pityriasis lichenoides chronica (psoriasiform-lichenoides Exanthem)**, von Fritz Juliusberg-Breslau. Jadassohn und Neisser haben im Jahre 1894 die ersten Fälle dieser, wie es scheint, eigenartigen und von bisher bekannten typischen Dermatosen abzusondernden Hautkrankheit beschrieben. Im ganzen sind bisher fünf derartige Fälle publiziert worden, zu denen Verfasser zwei weitere hinzufügt.

Fall 1 betraf eine 21jährige Köchin, welche im Alter von 7 Jahren, unmittelbar nachdem sie die Masern überstanden hatte, den noch heute unverändert bestehenden Hautausschlag bekam. Derselbe ist charakterisiert durch disseminierte, mattrote bis gelblich verfärbte stecknadelkopf- bis knapplinsengrofse, sehr flache Erhebungen, die im Centrum ein kleines, kleienförmiges, silberweifses bis gelblichweifses Schüppchen tragen. Neben diesen flachen Papeln finden sich linsengrofse, gleichgefärbte Flecken, von denen einige eine ganz geringe kleienförmige Schuppe zeigen. Befallen sind mehr oder weniger stark Brust und Rücken, obere und untere Extremitäten ohne besondere Bevorzugung der Streck- oder Beugeseiten, ferner der Hals; frei sind die Achselhöhlen und Ellenbogenbeugen.

In therapeutischer Beziehung hatten Chrysarobin und Pyrogallol die relativ beste, aber nicht nachhaltige Wirkung.

Verfasser teilt die Krankengeschichte der fünf in der Litteratur bisher publizierten Fälle mit, bespricht eingehend das klinische Bild der Affektion und das Resultat der mikroskopischen Untersuchung.

Aus seinen Betrachtungen zieht er folgende Schlufsfolgerungen:

1. Die Pityriasis lichenoides chronica ist eine nur auf die Haut beschränkte Krankheit ohne Zusammenhang mit irgend welchen Störungen des Gesamtorganismus und mit vollkommen dunkler Ätiologie.

2. Die Primäreffloreszenz ist eine stecknadelkopf- bis linsengrofse, ganz oberflächliche, flache, rote Erhebung mit sehr geringfügiger entzündlicher Infiltration, erst glatt und ohne Schuppung, dann mit kleienförmiger zarter Schüppchenabblätterung. Nässen, Bläschen- und Pustelbildung kommt nie vor.

3. Das aus diesen Effloreszenzen sich zusammensetzende Exanthem befällt regelmäfsig Stamm und Extremitäten und bevorzugt weder Streck- noch Beugeseite. Ein Konfluieren der kleinen Einzelherde zu gleichmäfsigen Erkrankungsflächen findet nicht statt.

4. Subjektive Beschwerden sind nicht vorhanden.

5. Eine Heilung dieser Affektion tritt weder spontan ein, noch ist sie durch irgend welche Arzneimittel zu erreichen; jeder therapeutische Erfolg ist nur ein geringfügiger und vorübergehender.

6. Die mikroskopischen Veränderungen entsprechen dem makroskopischen Bilde und stellen die Kombination einer Parakeratose mit einer sehr geringfügigen, oberflächlichen, circumscripten Hautentzündung dar.

V. **Histologie des Pemphigus der Haut und der Schleimhaut**, von Karl Kreibich. (Schlufs.) Die anatomischen Veränderungen bei Pemphigus vulgaris sind nach den Untersuchungen des Verfassers folgende:

„Der Prozefs beginnt mit einer akuten Entzündung, hauptsächlich der oberen Cutishälfte. Von diesem klinisch als Erythemfleck charakterisierten Stadium kann der Prozefs direkt zur Rückbildung gelangen (abortives Erythem), oder es kommt zur Bildung einer Blase nach zwei Typen, und zwar nach dem ersten und häufigsten Typus zur Blasenbildung zwischen Cutis und Epidermis oder auch dem zweiten in der Epidermis selbst. In beiden Fällen erfolgt rasche Überhäutung der Basis; im ersten Falle von der Peripherie, von Follikelresten oder zurückgebliebenen Epithelzellen aus; im zweiten Falle durch rasche Teilung der stehen gebliebenen Epithelzellen."

Was nun die Ursache der anatomischen Verhältnisse insbesondere der Blasenbildung bei Pemphigus vulgaris betrifft, so hat Verfasser die Untersuchungen Kromayers und Luithlens einer Nachprüfung unterzogen. Diese Nachprüfung erstreckte sich auf die Beantwortung folgender Fragen: 1. Hat jede Pemphigusblasenflüssigkeit die beschriebene Wirkung? 2. Entsteht jede Pemphigusblase durch Abhebung der gesamten Epidermis? 3. Sind die Maceration und die totale Abhebung für Pemphigus vulgaris spezifisch?

Die Untersuchungen haben, was die erste Frage betrifft, ergeben, dafs nicht in allen Fällen von Pemphigus der Blaseninhalt die macerierende Wirkung ausübt.

Hinsichtlich der zweiten Frage kann auf Grund der Befunde behauptet werden, dafs es Pemphigusfälle giebt, in welchen die Maceration des Blaseninhaltes anatomisch nicht zum Ausdruck kommt.

In Beantwortung der dritten Frage zeigte es sich, dafs die totale Abhebung der

Epidermis keineswegs sich nur bei Pemphigusblasen findet, sondern daſs auch die Blasen anderer entzündlicher Prozesse in gleicher Weise entstehen.

Beim Pemphigus foliaceus sind die anatomischen Verhältnisse charakterisiert „durch eine bedeutende Ausdehnung der Blut- und Lymphgefäſse sowohl in den oberen wie namentlich auch in den tieferen Cutisschichten. Als konsekutive Erscheinung ist zu betrachten die Durchtränkung und Quellung der gesamten Cutis und als weitere Folge der reichen Exsudation die vollständige Abhebung der Epidermis an frisch exfoliierten Stellen. Durch rasche Regeneration vom nicht erkrankten Hautrande vom Epithel der Follikel aus bildet sich in kurzer Zeit eine neue Epidermis, die sich charakterisiert durch Verlängerung ihrer Leisten und Verbreiterung der Intercellularspalten. Diese neugebildete Epidermis kann nun wieder vollständig oder teilweise abgehoben werden, wobei eine Durchfeuchtung des Epithels bis zum vollständigen Schwund der Kernfärbbarkeit vorauszugehen scheint."

Was den Pemphigus der Schleimhaut betrifft, so zeigt sich auch hier eine vollständige Abhebung des Epithels. Die bloſsgelegte Mucosa ist von spärlichen Rundzellen durchsetzt, ödematös gequollen, zeigt ziemlich reichliche oft bis zur Oberfläche reichende Blutungsherde und in ihren obersten Lagen eine Herabsetzung der Kernfärbbarkeit. Man bemerkt in der Mucosa überall groſse, ausgedehnte und strotzend gefüllte Blutgefäſse, die an die Erweiterung der Gefäſse bei Pemphigus foliaceus erinnern.

VI. **Lichen atrophicus und Vitiligo**, von W. Orbach-Kopenhagen. Der Verfasser beschreibt einen Fall, der einen 23jährigen, kräftig gebauten Mann betraf. Nach den Angaben des Patienten soll die Hautaffektion vor zehn Jahren entstanden sein. Die Regio trochanterica sinistra ist in einem etwa handtellergroſsen Bezirk bedeckt mit zahlreichen, teils isolierten, teils konfluierten, narbenähnlichen, schwach deprimierten Flecken, deren pergamentartige Epidermis grau-rosa aussieht, eine Menge nadelstichgroſser Vertiefungen enthält. Die centrale Depression ist besonders deutlich markiert. Jeder Fleck ist von einer $^1/_2$ cm breiten, sepiagefärbten Zone umgeben, welche sehr fein, aber deutlich radiär gestreift ist. In den letzten drei Monaten hatten sich am linken Unterarm, nahe dem Handgelenke äuſserst langsam mehrere kleine Flecke entwickelt, welche dasselbe atrophische, leicht exkoriierte Aussehen zeigten.

Die Affektion ist von starkem Jucken begleitet, welches den Schlaf des Patienten oft stört. In der Leistengegend und am Genitale finden sich einige ganz pigmentfreie Stellen.

Seit zwei Jahren leidet der Patient auch an Parästhesien, welche in Verbindung mit dem Jucken sehr lästig sind.

Der Verfasser bespricht die Diagnose des Falles.

Die mikroskopische Untersuchung eines von der Regio trochanterica excidierten Stückes zeigte nur Epithelverdickung mit deutlichen in die Haarfollikel reichenden Zapfen (punktförmige Depression), die Papillen des Corium nur als eine undeutliche Bogenlinie sichtbar.

Bezüglich der Ätiologie gehen die Ansichten auseinander. Hallopeau glaubt, daſs die Krankheit eine parasitäre. Verfasser konnte diese Annahme durch Inokulationen am Patienten nicht bestätigen.

Therapeutisch leistete die lokale Behandlung mit Pyrogallussalbe Gutes, während Arsen selbst bei längerem internen Gebrauche ohne Wert zu sein scheint.

Band 51, Heft 1. 1900.

I. **Über die Beziehungen des Lupus erythematosus zur Tuberkulose**, von Friedrich Roth-Mainz. Verfasser hat aus der französischen, englischen, italienischen und deutschen Litteratur alle einschlägigen Publikationen, welche die Beziehungen des Lupus erythematosus zur Tuberkulose irgendwie berücksichtigen, gesammelt und studiert und das Für und Wider eines ätiologischen Zusammenhanges beider Krankheiten gegeneinander abgewogen, um dadurch zu einem wertvollen Resultate hinsichtlich der bisher noch nicht völlig geklärten Frage zu gelangen. Eine übersichtliche Zusammenstellung der Argumente, welche für oder gegen die tuberkulöse Natur des Lupus erythematosus von den Autoren angeführt werden, hat Jadassohn in einem vortrefflichen Aufsatze geliefert.

Für den Zusammenhang des Lupus erythematosus mit Tuberkulose werden folgende Gründe herangezogen:

1. Der Lupus erythematosus tritt vorzugsweise oder fast ausschliefslich bei tuberkulös erkrankten oder belasteten (skrophulösen) Individuen auf.

2. An Lupus erythematosus Leidende erkranken häufig an Tuberkulose (speziell an tuberkulösen Drüsenaffektionen; sie starben oft an Tuberkulose).

3. Das klinische Bild des Lupus erythematosus ist dem des sicher tuberkulösen Lupus vulgaris sehr ähnlich.

4. Es giebt Übergänge zwischen beiden Krankheiten.

5. Der Lupus erythematodes kann auf Tuberkulin reagieren.

6. Man hat mehrmals deutlich tuberkulöse Veränderungen in den Herden des Lupus erythematosus gefunden.

Gegen den Zusammenhang des Lupus erythematosus mit Tuberkulose wird angeführt:

1. Tuberkulöse Erkrankung und Belastung sind bei den Patienten mit Lupus erythematosus nicht häufiger als bei anderen.

2. Eine Erkrankung solcher Patienten an Tuberkulose ist eine teils rein zufällige, teils — bei den akuten universellen Formen — durch die Depravation des Gesamtorganismus bedingte oder provozierte Komplikation.

3. Typische Fälle von Lupus erythematosus und Lupus vulgaris sind mit Leichtigkeit zu unterscheiden.

4. Die vermeintlichen Übergänge zwischen beiden Krankheiten beruhen auf Mängeln in der Diagnostik.

5. Die Reaktion auf Tuberkulin ist meistens nicht eingetreten.

6. Der histologische Bau des Lupus erythematosus ist von dem des Lupus vulgaris vollständig verschieden. Es sind in sicheren Fällen von Lupus erythematosus weder mikroskopisch noch kulturell Bacillen nachgewiesen worden, noch sind Inokulationsversuche geglückt.

Verfasser glaubt an der Hand der in der Litteratur vorgefundenen, sowie der von ihm selbst neu publizierten Fälle die tuberkulöse Natur des Lupus erythematosus mit ziemlicher Sicherheit darthun zu können. Im ganzen hat er 250 Fälle, in denen diesbezügliche Beobachtungen angegeben waren, in Betracht gezogen. Von diesen 250 Fällen haben 185 irgend einen Anhaltspunkt für Tuberkulose oder Skrophulose ergeben, seien es nun Lungen-, Drüsen-, Knochenaffektionen tuberkulöser Natur, Haut- und Augenaffektionen tuberkulöser oder skrophulöser Art, deutliche allgemeine oder lokale Reaktion auf Tuberkulininjektionen, oder sonstige anamnestische Anhaltspunkte.

Unter den 185 Fällen zeigten 140 teils zur Zeit der Beobachtung noch Zeichen von florider Skrophulo-Tuberkulose, teils die Residuen von derartigen schon abgelaufenen Prozessen.

Der Verfasser erörtert eingehend jeden einzelnen der oben erwähnten, zu Gunsten eines ätiologischen Zusammenhanges des Lupus erythematosus und der Tuberkulose angeführten Gründe und stellt dann die Krankengeschichten der aus der Litteratur gesammelten Fälle nach folgenden Rubriken zusammen:

1. Fälle, wo irgend welche Zeichen von Tuberkulose oder Skrophulose notiert wurden, die für die Tuberkulosennatur des Lupus erythematosus sprechen könnten.

2. Beobachtungen, die irgend welchen Anhalt gegen die Tuberkulosennatur des Lupus erythematosus geben. (Fortsetzung folgt.)

II. **Über Embolie und Metastase in der Haut,** von L. Philippson-Palermo. Während man in der medizinischen Klinik und in der pathologischen Anatomie von den Gesetzen der Embolie und der Metastase ausgiebigsten Gebrauch macht, um Organerkrankungen zu erklären, für deren Entstehung man die notwendigen Bedingungen in ihnen selbst nicht vorfinden kann, werden in der Dermatologie gewöhnlich die Nerven als Vermittler zwischen einer inneren Krankheit und aus derselben resultierenden Hauterscheinungen herangezogen. Gelten nun aber in der Pathologie der Hautkrankheiten andere Gesetze als in der übrigen Medizin?

Verfasser ist durch eine Reihe von Untersuchungen zu der Überzeugung gelangt, daſs dies nicht der Fall ist, daſs auch in der Hautpathologie embolische und metastatische Vorgänge sehr gewöhnliche Vorkommnisse sind, deren richtiger Erkenntnis besonders die Lehre von den Angioneurosen bisher hindernd im Wege gestanden hat.

Die allgemeine Pathologie dieser Vorgänge nun in den Hauptzügen zu entwerfen, hat Verfasser sich in der vorliegenden Arbeit zur Aufgabe gemacht.

Zunächst unterzieht er die Angioneurosenlehre unter besonderer Berücksichtigung der Erytheme einer eingehenden, scharfen Kritik, deren Resultat ist, daſs der Verfasser die Theorie der Angioneurosen, wie sie heute in der Dermatologie gelehrt wird, als unbegründet und unzureichend entschieden zurückweist.

Sodann stellt der Verfasser alle seine bisherigen Publikationen, welche sich auf Embolie und Metastase der Haut beziehen, in kurzen Referaten zusammen und begründet in sehr ausführlicher Besprechung folgende, aus diesen Arbeiten sich ergebende Hauptsätze:

1. Die erythematösen Hautveränderungen stellen eine besondere Art von Entzündung vor und zwar derjenigen, welche durch die Reize hervorgerufen wird, die auf dem Blutwege in die Haut gelangen.

2. Der klinische Verlauf der erythematösen Hautveränderungen stellt den Typus der auf dem Blutwege entstandenen Metastase vor.

3. Den hämatogenen Metastasen in der Haut kommt eine bestimmte Topographie zu,

4. Die hämatogene Entzündung lokalisiert sich häufig an den Venen.

5. Die Urticarialäsion beruht auf einer Gefäſswandalteration und die Urticariakrankheit ist ein embolischer Prozeſs.

Der Verfasser resumiert seine Betrachtungen folgendermaſsen:

„In die Haut gelangen sehr häufig auf dem Blutwege entzündungserregende Stoffe. Die durch sie hervorgerufene Entzündung unterscheidet sich klinisch derartig von der gewöhnlichen Form, unter der man sie füglich als hämatogene Entzündung von dieser als exogener trennen kann.

Die hämatogene Entzündung zeichnet sich durch ihren milden Verlauf aus, da ihre Symptome nur aus Hyperämie und Ödem bestehen und alle sonstigen sogenannten Entzündungserscheinungen fehlen. Insbesondere fällt sie auch dadurch auf, daſs sie abläuft, ohne Gewebszerstörungen im Gefolge zu haben. Die bei ihr auf-

tretende Hyperämie hält sich immer in mäfsigen Grenzen, während das sie begleitende Odem ein verhältnismäfsig starkes ist.

Auf der Haut kommt noch eine schwächere Form der Gefäfsreizung vor, als die eben besprochene, bei welcher nämlich die Kongestion und das sich daran anschliefsende Ödem einen aufserordentlich schnellen Ablauf nehmen, der nur nach Minuten oder Stunden zählt. Histologisch fehlt hier Emigration und der Fibringehalt des Transsudates. Die hämatogene Entzündung kann, ihrer Entstehung gemäfs, auf einmal diffus ganze Regionen befallen, oder auch in isolierten kleinen Herden auftreten. In letzterem Falle beobachtet man in kurzer Zeit die Entwickelung zahlreicher isolierter Entzündungsherde, die über die ganze Körperoberfläche symmetrisch verteilt sind. Besonders häufig lokalisieren sich dieselben an den Extremitäten und am Kopfe und in der ersteren Region sind die Streckseiten bevorzugt. Man kann demnach auf der Hautoberfläche geradezu Prädilektionsgebiete für Blutgefäfsmetastasen unterscheiden.

Die hämatogene Entzündung kommt in der Haut auch als Einleitung von anderen pathologischen Veränderungen vor, die wie Eiterung, Nekrose, Granulombildung sich je nach der betreffenden Ursache, die auf embolischem Wege in die Haut gelangt ist, entwickeln.

Bei der hämatogenen Entzündung giebt es Gefäfsveränderungen, die nur mikroskopisch zu erkennen sind, wie Stasis, Thrombose, Wandentzündungen.

Mit besonderer Häufigkeit sind in der Haut diese Gefäfsalterationen nicht an dem arteriellen, sondern an dem venösen Abschnitte lokalisiert. Derartige primäre Venenentzündungen, akuter und chronischer Natur, haben ihren Sitz häufig in den tieferen Cutisschichten und in der Subcutis und sind dann klinisch als tiefsitzende Knoten, in welcher Form sie gleich von Anfang an auftreten, oder zu der sie sich allmählich ausbilden, erkennbar."

Verfasser möchte an Stelle der auf klinische Thatsachen sich stützenden Bezeichnungen anatomische Namen gesetzt sehen, und für Erythem in der Bedeutung von Efflorescenz, „hämatogene Entzündung" und im Sinne von Dermatose „Blutgefäfsmetastase" sagen, und möchte statt von Urticaria von „flüchtigem Reizödem" sprechen.

III. **Über das Vorkommen der Tuberculosis verrucosa cutis (Riehl und Paltauf) bei Arbeitern in Kohlenbergwerken,** von Joh. Fabry-Dortmund. Verfasser hat in einem Zeitraum von zehn Jahren eine verhältnismäfsig grofse Zahl von Fällen der von Riehl und Paltauf so klassisch beschriebenen und als besondere Form der Hauttuberkulose aufgestellten Tuberculosis verrucosa cutis vorwiegend an Bergleuten beobachtet und ist im Gegensatz zu hervorragenden Autoren, wie Unna, Doutrelepont, Fournier, Fox, Joseph u. a., zur Überzeugung gelangt, dafs thatsächlich eine Sonderform der Hauttuberkulose vorliege.

Vom 1. April 1897 bis 1. April 1899 hat Verfasser allein bei Bergleuten 13 Fälle von Tuberculosis verrucosa cutis behandelt. Die Affektion ist charakterisiert durch „das herdweise Auftreten warziger Plaques auf infiltrierter Basis, umgeben von einem entzündlichem Hof mit vorwiegender Lokalisation auf der Dorsalseite beider Handrücken oder der Finger oder endlich an beiden Stellen bei ausgedehnteren Fällen; konfluierende Efflorescenzen haben die Eigenschaft, serpiginöse Herde zu bilden und im Centrum Tendenz zur Spontanheilung und Bildung oberflächlicher Hautnarben; die bekannten, braunglänzenden, typischen Lupusknötchen fehlen. Bei seitlichem Druck auf einen derartigen Herd entleeren sich wie aus einem Sieb zahlreiche Eiter- und Epithelpfröpfe; ist der Prozefs noch weiter vorgeschritten, so kommt es zu zahlreichen Hautnekrosen und die Haut erscheint an den Stellen siebförmig durchlöchert. Der Verlauf der Krankheit ist ein äufserst langsam fort-

schreitender. Erst nach Jahren erfährt man häufig, dafs die Patienten tuberkulös behaftet sind oder selbst an Lungentuberkulose leiden."

Während die vorstehende Beschreibung sich im allgemeinen mit derjenigen anderer Autoren deckt, findet man über den Beginn der Erkrankung in der Litteratur keine Angaben. Verfasser hatte Gelegenheit, auch diesen zu beobachten. Die Affektion beginnt nie mit einem Lupusknötchen, sondern mit einem stabilen, kleinen, braunroten, etwa linsengrofsen Fleck, der mit kleinen, weifsglänzenden Schüppchen bedeckt ist; auf Druck verschwindet die Rötung, um bei Nachlassen des Druckes bald wieder zu erscheinen. Ein derartiger Fleck macht absolut keine Beschwerde und kann Monate, ja noch länger unverändert bestehen bleiben. Die Erhebung über das gesunde Hautniveau ist noch kaum bemerkbar, nur erscheint die Haut bereits härter und rauher als die normale. Verfasser hat derartige primäre Erythemflecken behufs mikroskopischer Untersuchung excidiert. Das histologische Bild bestätigte die klinische Diagnose der Tuberculosis verrucosa cutis gleich im allerersten Anfang. Es fanden sich bereits typische Riesenzellen nicht nur in den oberen Schichten der Cutis, sondern auch in der Schicht der Schweifsdrüsenknäuel. Aufserdem zeigten sich sämtliche Epithelschichten mächtig hypertrophiert, die Epithelzapfen, wie beim Epitheliom, in die Cutis kolossal verlängert. — Was die Ätiologie betrifft, so glaubt Verfasser, dafs die Tuberculosis verrucosis cutis eine echte Impftuberkulose sei, für deren Entstehung die zahlreichen Verletzungen an den Handrücken der Bergleute einerseits und tuberkulös erkrankte Angehörige der letzteren andererseits hinreichende Handhaben bieten. In manchen Fällen liegt Autointoxikation vor. — Die Affektion zeigt, weil sie nicht so deletär in die Tiefe greift, eine viel gröfsere Gutartigkeit als der Lupus papillosus, mit dem sie identifiziert wird. Auch dieser Umstand kann als Argument für die Sonderstellung der Tuberculosis verrucosa cutis herangezogen werden. Die Prognose ist quoad sanationem hier weit günstiger als bei den gewöhnlichen lupösen Erkrankungen. Sobald die Diagnose feststeht und man, wo es irgend möglich ist, die erkrankte Haut durch Excision und darauffolgende Naht radikal entfernt, so kann man sicher sein, dafs ein Recidiv sich nicht entwickelt. Bei der Behandlung bediente sich Verfasser je nach den äufseren Verhältnissen und Umständen ver schiedener Methoden:

1. Excision bis tief ins subcutane Gewebe und sekundäre Transplantation in Narkose.

2. Die erkrankten Hautstellen werden nach gründlicher Desinfektion mit Äthylchlorid weifs gefroren und dann mit einem scharfen Messer flach abgetragen; die blutende Fläche mufs überall hübsch frisch rot erscheinen, etwa noch vorhandene schmutzig verfärbte Stellen sind mit dem Messer zu entfernen, hierauf Blutstillung und aseptischer Verband, mit Airolgaze und Watte. Der Verband bleibt 3—4 Tage liegen, worauf die Wunde unter Applikation einer 10%igen Progallussalbe oder unter Ätzungen mit Argentum nitricum oder mit Acidum carbolicum liquefactum zum Abheilen gebracht wird.

3. Ausschabung, Kauterisation und Nachbehandlung wie beim gewöhnlichen Lupus.

4. Einfache Behandlung mit Sublimatumschlägen und mehrfache dreitägige Applikation von 10%=20%igen Pyrogallussalben. Diese Art der Behandlung ist eine recht langwierige und nur bei messerscheuen Patienten zu empfehlen. — Verfasser teilt kurz die Krankengeschichte von neun Fällen mit, welche sämtlich Bergleute betrafen.

IV. **Über Blutbefunde bei Xeroderma pigmentosum**, von T. Okamura-Tokio. Verfasser berichtet über drei Fälle von Xeroderma pigmentosum, welche in Professor Kaposis dermatologischer Universitätsklinik zur Beobachtung gelangt sind.

Im 1. Falle bot das Blut folgende Verhältnisse dar: Hämoglobingehalt nach Fleischl untersucht 40%. Die Zahl der Erythrocyten betrug nach wiederholten Zählungen verschiedener Blutproben durchschnittlich 3920000 in einem Kubikmillimeter. Die Zahl der weifsen Blutkörperchen betrug 46666, d. h. 1:89.

Auffallend war ferner eine starke Poikilocytose und die grofse Zahl von Mikrocyten.

Fall 2 zeigte folgende Verhältnisse: Hämoglobingehalt = 65%; Erythrocyten 3400000; weifse Blutkörperchen 37400 = 1:91. Weniger ausgeprägt war hier die Poikilocytose.

Im 3. Falle war der Hämoglobingehalt = 45%; Erythrocyten waren 2788090, weifse Blutkörperchen 54545 = 1:51; sehr stark ausgeprägte Poikilocytose.

Das Blut zeigt somit in allen drei Fällen eine Oligocythämie mit ziemlich starker Leukocytose.

Die Frage, auf welche Umstände diese Blutbefunde zurückzuführen sind, beantwortet Verfasser dahin, dafs durch die schwere Erkrankung der Haut die Funktion eines der wichtigsten Organe stark herabgesetzt wird und dadurch der Gesamtorganismus eine intensive Schädigung erfährt, welche auch die blutbildenden Organe trifft und sie in ihrer Funktion stört.

V. **Über das Lymphangioma cutis cysticum circumscriptum**, von Ludwig Waelsch-Prag. Der Verfasser beschreibt einen Fall bei einer 26jährigen Tagelöhnerin, welche seit langer Zeit an Struma parenchymatosa, verbunden mit Heiserkeit, Dyspnoe und Schlingbeschwerden, litt. Die Hautaffektion besteht angeblich seit frühester Jugend, ohne eine merkliche Veränderung erfahren zu haben. An der rechten Thoraxseite, in der Höhe der fünften Rippe, von der hinteren Axillarlinie bis zur Mamillarlinie reichend, befindet sich ein ca. 5 cm langer, 1 cm breiter Streifen, der sich nach beiden Enden hin verschmächtigt und aus lauter dicht beieinander stehenden Bläschen mit serösem oder blutigserösem Inhalt zusammengesetzt war. In den mittleren Teilen des Streifens waren die Bläschen flach und klein, gegen die Enden hin jedoch kugelig und grofs. Beim Anstechen einer der gröfseren Blasen entleerte sich der klare Inhalt, welcher alkalische Reaktion und mikroskopisch spärliche Lymphkörperchen zeigte. Parallel diesem Streifen verlief ein zweiter, der sich aber aus erweiterten Blutgefäfsen zusammensetzte und als Naevus teleangiectaticus angesehen werden mufste. Der zweite untere Streifen war mit dem oberen durch ein schräg verlaufendes Band verbunden, das aus lauter kleinen, in die Haut eingelagerten, derb anzufühlenden Bläschen bestand.

Als Verfasser die Patientin nach vier Wochen wieder sah, waren in der Nachbarschaft des oberen Streifens frische Bläschen aufgeschossen. Das Hämangiom war fast vollständig verschwunden und an seine Stelle zahlreiche Bläschen von derselben Beschaffenheit wie beim oberen Streifen getreten.

Auf Grund des klinischen Bildes, des Befundes von kleinen Hohlräumen, die mit Lymphe gefüllt waren und sich sehr zahlreich, sogar unter den Augen des Verfassers auf der Haut gebildet hatten, wurde die Diagnose eines Lymphangioma cysticum gestellt. Die histologische Untersuchung eines excidierten Hautstückchens bestätigte diese Diagnose.

Verfasser beschreibt ausführlich die anatomischen Befunde, die sich mit den von Schmidt, Török, Freudweiler, Pawlow bei Lymphangioma cysticum erhaltenen histologischen Ergebnissen im ganzen decken, sich von diesen nur durch die im vorliegenden Falle stärker ausgesprochenen entzündlichen Veränderungen in der Nachbarschaft der wuchernden Blut- und Lymphgefäfse unterscheiden.

Die Ursache dieser Geschwulstbildung sieht Verfasser in Übereinstimmung mit Langhans, Esmarch, Kulenkampff, Nasse, Schmidt in lokalen Gewebsveränderungen, zu denen sich allerdings noch andere Faktoren hinzugesellen. Das Primäre bei der Entstehung der Geschwülste ist eine Wucherung der Lymphgefäfsendothelien, die in einem Überschufs an produktiver Kraft dieser zu quantitativ abnormen Leistungen befähigten Zellenelemente gelegen sein mufs. Dabei möchte Verfasser doch nicht die Möglichkeit einer heteroplastischen Entstehung, einer Entstehung neuerer Lymphgefäfse aus jungen Bindegewebszellen von der Hand weisen. Nicht unwahrscheinlich ist schliefslich die Entstehung der Lymphgefäfserweiterung, wie sie Rindfleisch annimmt, dafs durch Umwandlung jungen Bindegewebes in festes Gewebe in der Umgebung bestehender Hohlräume Retraktion stattfindet, wodurch dieselben erweitert werden. Verfasser glaubt auf Grund seiner Präparate annehmen zu können, dafs alle drei Arten von Entwickelungsstörungen bei der Entstehung der Lymphangiome eine Rolle spielen.

VI. **Beitrag zur Pityriasis rubra** (Hebra), von Doutrelepont-Bonn. Verfasser hatte Gelegenheit, zwei typische Fälle in der Bonner dermatologischen Klinik genau und lange zu beobachten. Beide wurden geheilt.

Fall 1 betraf ein 17jähriges Mädchen, das bei der Aufnahme fast am ganzen Körper Röte und kleienförmige Abschuppung zeigte. Die ergriffene war unmerklich infiltriert. Nirgends waren nässende Stellen noch Knötchen zu sehen. Die Krankheit begann vor fünf Monaten mit Rötung und Abschuppung der Kopfhaut und nachfolgendem Haarausfall. Im weiteren Verlaufe wurden Brust, Bauch, Rücken, schliefslich die Extremitäten befallen.

Die gleichmäfsige Rötung und Schuppung setzt sich ziemlich scharf gegen die gesund gebliebene Haut ab. Die Haare in der Achselhöhe und am Mons veneris sind ausgefallen. Es besteht ziemlich intensives Jucken. Unter der Behandlung mit warmen Bädern, Einreiben der erkrankten Haut mit 2%igem Salicyllanolin und 10%igem Salicylpuder äufserlich und innerlichen Gaben von Karbolpillen (à 0,01) in steigenden Dosen trat schliefslich völlige Heilung ein.

Verfasser beschreibt sodann sehr ausführlich die Krankengeschichte des zweiten Falles, der eine 40jährige Frau betraf. Auch hier waren die Hauptsymptome des Krankheitsprozesses Rötung und Abschuppung der Haut. Niemals während der langen Beobachtungszeit sind ekzematöse oder lichenoide Erscheinungen gesehen worden, so dafs ein Zweifel an der Diagnose nicht aufkommen kann.

Von beiden Patientinnen wurden Hautstückchen excidiert und mikroskopisch untersucht. Die Befunde waren in beiden Fällen dieselben und deckten sich mit den histologischen Ergebnissen, welche Jadassohn in seinen Fällen erhalten hat.

Verfasser stimmt auf Grund seiner klinischen wie histologischen Befunde der Ansicht Jadassohns bei, dafs die Pityriasis rubra eine primäre Erkrankung der Epidermis mit sekundärer entzündlicher Infiltration des Papillarkörpers ist.

C. Berliner-Aachen.

Dermatologisches Centralblatt.

1900. No. 4.

Über Lichen syphiliticus, von Willy Hirschlaff. Eine 22jährige Verkäuferin, die als Kind ein hartnäckiges Geschwür an der Nasenspitze gehabt hatte, requirierte Lues. Einige Monate darauf zeigte sie einen Ausschlag über den ganzen Körper. Besonders an Stirn, Rumpf, Kniekehle, Ellenbogen finden sich bis hanfkorngrofse, rotbraune Efflorescenzen, oft gruppiert, zum Teil leichte Schuppung zeigend,

oft im Centrum punktförmig dunkler gefärbt. Am Rücken kreisförmig angeordnete kleinste Papeln, etwas gröfsere am Halse. Im Munde und an den kleinen Labien Plaques muqueuses. Universelle Lymphadenitis. — Der Habitus war sehr suspekt auf Tuberkulose. An der Nasenspitze die Haut im Umfange eines Thalers gelblichbraunrot, derb, glänzend, gespannt, leicht prominent; in ihr einzelne Knötchen fühlbar. — Eine Tuberkulininjektion rief an der Nase starke Reaktion hervor, während das Exanthem am Körper sich nicht änderte. Dasselbe schwand nach einer antisyphilitischen Kur. — Histologisch zeigten die Knötchen kleinzellige Infiltration der Cutis mit vielen Riesenzellen. Tierimpfung erfolgte. (Wenn doch solche Namen wie „Lichen syphiliticus" aufhören würden! Sie richten nur Konfusion an. Ist die Bezeichnung „kleinpapulöses Syphilid" nicht viel klarer? D. Ref.)

Kurzer Bericht über die Anwendung des Thioforms bei Geschlechts- und Hautkrankheiten, von W. Kopytowski. Verfasser berichtet zunächst über 200 mit Thioform behandelte Genitalgeschwüre; er fand, dafs dieses Pulver, ähnlich wie das Xeroform, beim Ulcus molle nur bei mit Kauterisation kombinierter Therapie befriedigende Resultate gebe. Das Kalisozojodolsalz hat bessere Erfolge, ruft aber Schmerzen hervor und reizt die Umgebung. Der Verband eitriger Bubonen mit Thioformgaze ist zweckmäfsig, Luetische Ulcera und Kondylome reagieren auf Thioform nur schwach. Ulcera nach Herpes, Erosionen und ähnliches heilt unter Thioform gut. — Bei Blennorrhoe ruft eine ½—1%ige Thioformmischung lebhafte Schmerzen hervor, wirkt aber evident auf die Gonokokken. In späteren Stadien ist dieselbe zumal kombiniert mit Adstringentien am Platze. — Auf Ulcera cruris wirkt Thioform als Pulver oder als 12%ige Salbe sekretvermindernd und granulationsbefördernd. — Von Hautleiden wurde nur das Ekzem mit Thioform behandelt; eine Salbe (1:8) wirkte günstig. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Mitteilungen aus der Litteratur.

Saprophyten und Fremdkörper.

Über Ätiologie und Pathogenese der Kedanikrankheit, von Keisuki Tanaka. (*Centralbl. f. Bakt.* 28. Okt. 1899.) Es giebt in Japan eine eigentümliche, im allgemeinen noch wenig bekannte und erforschte Krankheit, welche durch eine spezifische Milbe, Kedani (-Haarmilbe), hervorgerufen wird. Die Krankheit hat, wie die anderen Infektionskrankheiten, eine Inkubationszeit, charakterisiert durch einen Schorf in der äufseren Haut, schmerzhafte Anschwellung der benachbarten Lymphdrüsen, typischen Verlauf der Temperatur wie beim Abdominaltypus, und das Exanthem auf der Haut, nach Art von Urticaria. Letzteres stellt sich am 3.—7. Krankheitstage ein, nachdem sich schwere Allgemeinerscheinungen ausgebildet haben, Appetitverminderung, Obstipation, Eiweifs im Urin. Etwa am 10.—13. Krankheitstage tritt meist der Tod ein, die Mortalität ist 40% oder nach anderen 70% und noch mehr. Die Krankheit kommt nur in bestimmten, niedrig gelegenen Distrikten im Hochsommer, namentlich im August, wo die gefürchtete Milbe in dem an Pflanzenteilen reichen Überschwemmungsschlamm an den Ufern vegetiert, vor. Diejenigen werden besonders befallen, welche gelegentlich diese Distrikte betreten; seltener gehen die Milben im Hause oder unterwegs bei der Berührung mit dem Getreide oder den Kräutern auf den Menschen

über. Die Milben verweilen auf den Kleidungsstücken oder direkt auf der äufseren Haut und treten nach einer gewissen Zeit in die weichen Hautstellen ein, wo sie sich als rote Pünktchen bemerkbar machen. Tanaka giebt nun eine genaue Beschreibung dieser Milbe, welche eine Larve sein soll, 0,16—0,38 mm lang und 0,1—0,2 mm breit ist. Alter und Geschlecht haben keinen Einfluſs auf die Ansteckungsgefahr, es erkranken jedoch häufiger kräftige und blühende Arbeiter aus der niedrigsten Klasse, da sie fast ausschlieſslich in die gefährlichen Distrikte einzutreten pflegen. Die bakteriologischen Untersuchungen, welche Tanaka anstellten, brachten ihn zu der Annahme, daſs der in der Natur sehr verbreitete Proteus in der durch die Zersetzung des Milbenleibes entzündeten Bisstelle nachträglich aus der Umgebung sich ansiedelt und seine Virulenz sowohl durch die Zersetzung des Milbenleibes, wie noch mehr durch die gemischte Ansiedelung des Staphylococcus oder Streptococcus gesteigert wird. Bei den vier Obduktionen, welche K. vornehmen konnte, wurde der Proteus in der Lunge, Niere und Leber gefunden, ferner konnte aus dem frisch entleerten Harn eines Patienten der Proteus rein kultiviert werden. Bei jedem Fall trat derselbe in den Organen stets in gröſseren oder kleineren Häufchen gruppiert auf. Er ist auf verschiedenen Nährböden, wie Agarplatte und Stich, Kartoffel-Bouillonkultur u. s. w. rein zu züchten, am besten mit wässerigem Methylenblau (auf Gewebsschnitten) zu färben. Im Tierversuch ist der Proteus für Mäuse, Meerschweinchen und Kaninchen sehr pathogen, die Injektionsstelle ist kaum verändert. Bei Pferden, Katzen, Hunden etc. wurde niemals eine ähnliche Krankheit beobachtet, trotzdem sie die gefährlichen Distrikte betreten hatten und mit dem dort abgeschnittenem Gras gefüttert wurden. Der morphologischen und biologischen Darstellung nach müſste dieser Proteus dem Proteus Hauseri gleich sein, der Färbung nach ähnelt er jedoch dem sogen. Bacillus capsulatus septicus; zum Schlusse gesteht Tanaka ein, daſs es vieler Mühe bedurfte, um zum Ziele zu gelangen, da der Proteus bei der Reinkultur sehr schwer eine bestimmte Beurteilung zuliefs. *Stern-München.*

Mifsbildungen.

Multiple Naevi, von T. V. Jackson. (*Lancet.* 18. Nov. 1899.) Ein Kind von acht Wochen wurde mit etwa 30 kleinen Feuermalen aufgenommen. Die Läsionen waren über die ganze Haut verteilt und hatten eine Ausdehnung von Punktform bis etwa Pfenniggröfse. Bei der Geburt waren sie nicht bemerkt worden. Die Behandlung mittelst Thermokauter war durchaus erfolgreich. Verfasser hält diesen Fall für ein Unikum, doch weist Neale in einer Notiz (*Lancet.* 2. Dez.) nach, daſs auch andere Ähnliches beobachtet haben. *Philippi-Itzehoe.*

Pathologie nud Therapie des Urogenitalapparates.

Aufserordentliche Entwickelung der Genitalorgane bei einem Fötus männlichen Geschlechts, von R. G. Worger. (*Lancet.* 9. Dez. 1899.) Bei dem etwa eine Stunde nach der Geburt verstorbenen Kinde hatte der post mortem gemessene Penis eine Länge von 3 Zoll (intra vitam 4) und war knorpelig verhärtet. Das Scrotum reichte bis an die Mitte der Oberschenkel. Links bestand eine Hernie, der rechte Testikel war nicht in den Hodensack herabgetreten. Ferner fand sich Phimose und eine nur stecknadelknopfgroſse Öffnung an der Urethra. *Philippi-Itzehoe.*

Ein Fall von Mifsbildung der Geschlechtsteile mit schwieriger Feststellung des Geschlechts, von E. Bellin. (*Estenedeljnik.* 1898. No. 8.) Der Fall

betrifft eine 24jährige Bäuerin, die in die Kategorie der Pseudohermaphroditen gehört. Skelett männlich, tiefe Stimme, keine Brüste. An den Genitalien zwei längliche, walzenförmige Teile, welche nach oben zu konvergieren und die Schamlippen repräsentieren; die Clitoris ist bedeutend vergrößert, wird auf digitalen Reiz kleinfingerdick, 2 cm lang; zwischen diesen Schamlippen ein länglich vertiefter Blindsack, dessen unterster Teil durch das Auseinanderlegen der unteren Schamlippenenden wie durch eine Klappe geschlossen ist, hinter dieser findet sich die trichterförmige Vertiefung, Uterus und Ovarien lassen sich per Rectum nicht nachweisen, dagegen fühlt man in den, den großen Schamlippen entsprechenden Teilen rundliche, bewegliche Gebilde, die auf Druck in die Bauchhöhle verschwinden (Hoden), oberhalb darüber läßt sich ein strangförmiger Körper durchfühlen (Samenstrang). Die Urethralöffnung befindet sich am unteren Teil des trichterförmigen Sackes.

Das betreffende Individuum hatte nicht menstruiert, auch nicht an Molimina menstrualia gelitten und keine geschlechtlichen Regungen empfunden, ist also wohl zu keinem der beiden Geschlechter zu rechnen. *Grünberg-St. Petersburg.*

Ein angeblicher Androgyne in einer Anstaltsabteilung für Frauen, von Ricoux und Audry. (*Progr. méd.* 1899. No. 37.) Es handelt sich um ein geistesschwaches Individuum, das in den Civilstandsregistern als Hermaphrodit mit einem männlichen und einem weiblichen Namen eingeschrieben worden war. Gewohnheiten und Beschäftigung waren diejenigen beider Geschlechter; sexuellen Verkehr suchte es sowohl mit Männern als mit Weibern. Bei der Aufnahme in die Anstalt konstatierte man folgendes: starke Behaarung, kräftiger Bart, männlicher Gesichtsausdruck; Stimme und Knochenbau tragen männlichen Charakter. Der Penis ist abgeflacht, 56 mm lang 35—46 mm breit, dem Bauche anliegend. Die Urethra ist in ihrer ganzen Länge nach oben offen. Das Scrotum ist gut ausgebildet, aber haarlos und enthält nur einen Hoden; die Vasa deferentia sind auf beiden Seiten normal, die Prostata atrophisch. Verfasser weist auf die Unannehmlichkeiten und selbst Gefahren hin, welche die Verbringung eines derartigen Individuums in eine Anstaltsabteilung ohne genaue Untersuchung nach sich ziehen könnte. In dem vorliegenden Falle war zwar die Gefahr, in Anbetracht des Alters des Individuums und der bestehenden vollständigen Epispadie, keine sehr beträchtliche. *C. Müller-Genf.*

Zur Kasuistik der sexuellen Perversion, von Rosenbach. (*Rundsch. f. Psychiatr., Neurol. u. exp. Psychol.* 1899. No. 9.) 19jähriger Patient, dessen psychopathische Konstitution neben Intelligenzschwäche, Abstumpfung der ethischen Gefühle, früher Entwickelung neurasthenischer Erscheinungen in einer komplizierten Störung des Geschlechtstriebes sich äußert. Letztere zerlegt Autor in folgende Komponenten: 1. Uranismus (Neigung zum eigenen Geschlecht, 2. Erregung und Steigerung der sexuellen Erregung durch den Anblick oder Geruch des Urins männlicher, aber auch weiblicher Personen (maskierter Masochismus [Krafft-Ebing]), oder 3. durch den Anblick der Entgleisung von Eisenbahnwagen resp. die Vorstellung einer solchen. *Grünberg-St. Petersburg.*

Genitale Störungen, von Ohmann-Dumesnil. (*The St. Louis med. and surg. Journ.* Sept. 1899.) Verfasser empfiehlt ein Präparat, welches unter dem Namen „Satyrin" vertrieben wird und dessen Bestandteile er angiebt, bei nervösen Störungen des Urogenitalapparats. Es hat ihm gute Dienste geleistet bei mangelhaften Erektionen älterer Herren, bei Ejaculatio praecox jugendlicher Individuen, bei Harnverhaltung infolge von Prostataschwellung und derartigen Dingen. *F. Hahn-Bremen.*

Die Asepsis in der urologischen Praxis, von ENGELMANN. (*St. Petersb. med. Wochenschr.* 1899. No. 36.) E. weist in diesem Vortrage auf die schon oft betonte Notwendigkeit der Asepsis in der Therapie der Urogenitalleiden hin, führt als notwendige Bedingung der Sterilisationsmethoden 1. vollkommene Sicherheit, 2. Vermeidung von Schädigung der Instrumente, 3. Vermeidung von Reiz auf die Schleimhaut der Harnwege, 4. Handlichkeit an und bespricht die verschiedenen Mittel. Für Metallinstrumente und Nelatons ist das Beste Auskochen in reinem Wasser 5 Minuten lang, für elastische Katheter Sterilisation in strömendem Wasserdampf im KUTTNER-schen Apparat, für Cystoskope 5%ige Karbolsäure oder Formalin 24 Stunden lang. Obligate Reinigung der Hände, sowie des Orificium urethrae (Sublimatlösung); vor Einführung der Instrumente in die Blase muſs dieselbe bei Katarrhen, Prostatahypertrophie, enger Striktur, Lähmung mit Borsäurelösung ausgespült werden. Zum Schlüpfrigmachen der Instrumente sei am besten 5% Borsäureglycerin mit 3% Wasserzusatz; Sterilisation der Flüssigkeit im kochenden Wasserbade, Zuckerzusatz bis zu 20% erhöhen die Konsistenz und erzielen besseres Haften am Instrument.

Stern-München.

Über Asepsis der Harnröhre, von LUDWIG WEISS. (*Med. times and register.* 22. Okt. 1898.) Nach Anführung der gewöhnlichen antiseptischen Maſsnahmen, welche vor Untersuchung der Harnröhre an den Händen des Arztes vorzunehmen sind, geht W. auf die Mittel über, welche die Harnröhre aseptisch machen sollen. Wenn es auch bei nicht infektiösen Prozessen nicht durchaus notwendig ist, so dürfe es doch immer empfehlenswert sein, die Urethra mit sterilisiertem Wasser oder 4%iger Borsäurelösung zu irrigieren, denn noch immer besteht groſse Meinungsverschiedenheit darüber, ob die Mikroorganismen der normalen Harnröhre im stande sind, die Harnblase oder die Nieren zu infizieren. Um elastische Katheter und Bougies aseptisch zu machen, ist Dampf das sicherste Mittel, wozu ein einfacher Kochtopf genügt; durch Zusatz von einem Theelöffel Soda auf ein Quart Wasser kann bekanntlich das Rosten der Metallinstrumente verhütet werden. Elastische Katheter werden jedoch sehr leicht brüchig und unbrauchbar durch die Dampfdesinfektion, die nächstbeste ist nun diejenige mit 5%iger Karbol- und 1 per mille-Sublimatlösung; in neuester Zeit hat jene mit Formalindämpfen groſse Verbreitung gefunden. Dieselben sind zwar sehr wirksam, haben aber den Nachteil, daſs 24 und mehr Stunden nötig sind, um den gewünschten Effekt zu erzielen, und daſs sowohl Metall- wie elastische Instrumente rasch verdorben werden; auſserdem muſs der denselben anhaftende Formalindampf vor dem Gebrauch entfernt werden, da er auf die Harnröhrenschleimhaut reizend wirkt. W. spricht sich schlieſslich noch über Handhabung der Instrumente nach dem Gebrauch, über die Irrigatoren (von Glas) und Spritzen aus, stets die absolute Notwendigkeit streng aseptischen Gebrauches betonend. *Stern-München.*

Über die Asepsis des Katheterismus, von BERTHOLD GOLDBERG. (*Medico.* 1899. No. 48.) Die vom Verfasser gebrauchten Vorsichtsmaſsregeln sind etwa folgende:

1. Asepsis der Operierenden: Waschen der Häute mit sehr heiſsem Wasser, Seife und Bürste durch drei Minuten; Trocknen, Eintauchen in 1‰ Sublimatlösung, nicht abtrocknen.

2. Asepsis des Kranken: Entblöſsung, Setzen auf ein frisches Tuch, Waschen von Vorhaut etc. mit heiſsem Wasser und Seife, Abspülen mit Borlösung, Waschen mit 1‰ Sublimatlösung, nicht abtrocknen. Ausspülen der vorderen Harnröhre mit 3%iger Borlösung, und zwar zuerst, ohne sie fest einzusetzen. Einführen des mit sterilem Olivenöl eingefetteten Katheters. Injektion von 50—100 ccm frisch gekochter Borlösung nach dem Katheterisieren, eventuell von 50—100 ccm 1‰ Arg. nitr.-Lösung.

3. Asepsis der Medikamente und Instrumente: Sterilisierung von Borlösung und Olivenöl. Aufbewahrung der Spritze in 1‰ Sublimatlösung. Auskochen der Katheter unmittelbar vor dem Gebrauch durch fünf Minuten. Zur Aufbewahrung steriler Katheter Sterilisierung in Alapyschen Glasröhren. Dilatations- und Explorationsbougies nach dem Gebrauch mit Seife und heifsem Wasser waschen, vor dem Gebrauch 15 Minuten in 1‰ Sublimatlösung legen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Zur Katheterdesinfektion, von Richard Huldschiner. (*Wien. med. Blätter.* 1899. No. 8.) Nach Bougierung mit einer elastischen Sonde, welche mittelst Formalithpastillen desinfiziert war, stellte sich bei einem Patienten eine Urethritis mit Abscheidung membranöser, weifsgelber, wurmförmiger Fetzen ein, die Harnretention bewirkte. Zugleich bestand am Bulbus ein Spasmus urethrae.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Krebs des Penis und Abscefs der Prostata, von E. Loumeau. (*Ann. de la Policlinique.* 1899. No. 5.) Verfasser beobachtete bei einem 44jährigen Patienten ein Carcinoma penis mit beiderseitigen Inguinaldrüsenschwellungen bei gleichzeitig bestehender Hernia cruralis dextra. Nach Amputation des Penis, Ausräumung der Leistendrüsen und Radikaloperation des Schenkelbruches bildete sich ein grofser Prostataabscefs, den Verfasser auf das Liegenlassen des Verweilkatheters zurückführt, welcher die „Suppuration der bereits kongestionierten Vorsteherdrüse" veranlafst habe. Entleerung des Abscesses durch Perinealschnitt. Vollständige Heilung.

I. Bloch-Berlin.

Zur Frage der Tysonschen Drüsen, von Tandler-Wien. (*Anat. Anzeiger.* 15. Juli 1899.) Kurze Replik des Verfassers auf ein Referat Krauses über seine und Döménys Arbeit „Über Tysonsche Drüsen". Der Verfasser stellt fest, dafs als Resultat jener Abhandlung die Thatsache des Bestehens solcher Drüsen feststeht.

Hopf-Dresden.

Zur operativen Behandlung der Eichelhypospadie, von Watten. (*Centralbl. f. Chir.* 1899. No. 38.) Die Operation der Hypospadie erfuhr einen grofsen Fortschritt, als Beck, v. Hacker und Bardenheuer insofern ein neues Verfahren einschlugen, dafs sie nicht eine neue Harnröhre bildeten, wie es bisher geschehen war, sondern die Urethra, soweit sie vorhanden war, bis zur normalen Mündung zu verlängern suchten. Diese neue Methode der chirurgischen Behandlung der Hypospadie findet aber ihre Begrenzung bei sehr tiefer Eichelrinne, und wenn sich der distale Teil der Urethra nicht genügend freimachen und verlängern läfst. An einem berichteten Fall beweist Verfasser die Richtigkeit seiner Einschränkungen. Es handelt sich um einen Knaben von acht Jahren, dem sein Meister gegen Enuresis nocturna den Penis mit einem Faden so stark zusammengeschnürt hatte, dafs etwa in der Mitte des freiliegenden Penis sich ein künstlicher Ausgang der Urethra nach unten gebildet hatte, während deren distaler Teil total obliteriert war. Im vorliegenden Fall operierte Verfasser erfolgreich nach einer kombinierten Methode, indem er den glandulären Teil der Harnröhre sich aus einem Schleimhautlappen der Eichelsubstanz formte und in diesen die abpräparierte hintere Hälfte vorzog und fixierte. *Hopf-Dresden.*

Periurethritis infectiosa, von Jos. Englisch. (*Wien. med. Wochenschr.* 1899. No. 44.) Es giebt vier ätiologisch bekannte Gruppen von Periurethritis: 1. Periurethritis inflammatoria (infolge entzündlicher Vorgänge in der Harnröhre und den dazugehörigen Drüsen); 2. Periurethritis traumatica; 3. Periurethritis tuberculosa; 4. Periurethritis metastatica (nach Typhus, Pyämie, Sepsis). An diese vier Gruppen reiht sich als fünfte die Periurethritis infectiosa, bei

der keine der angegebenen Ursachen zu finden ist. Die Guyonsche Schule unterscheidet eine circumscripte und diffuse (phlegmonöse s. gangränöse) „Infection periurethrale“ und teilt diese wiederum in akute und chronische. Verfasser will nur die ohne jede Veränderung der Harnröhre einhergehende Form als Periurethritis infectiosa bezeichnet wissen. Das Leiden beginnt mit heftigem Fieber und Ödem des Hodensacks wie seiner ganzen Umgebung. Es kommt zu einer Eiterung am Damm, die später zu mehrfachen Perforationsöffnungen und Bildung multipler Höhlen führen kann. Bei vorgenommener Spaltung findet man phlegmonösen Eiter mit Gewebsfetzen, freiliegenden Bulbus und Anfang der Pars membranacea. Die Harnorgane sind normal. — Der Prozefs geht von der Haut aus, setzt sich nach der Tiefe fort, die bulbären Eiterungsprozesse haben einen ganz anderen Verlauf. Es ist eine Infektion, meistens ohne bekannte Eingangspforte. Um ein Erysipel handelt es sich nicht, wie die ganze Gestaltung des Krankheitsbildes, das Fortschreiten in die Tiefe etc. lehren. Ebensowenig kommt eine Metastase in Frage. Ähnliche Prozesse sieht man bei Diabetes und Morbus Brightii. — Die Therapie mufs eine sehr energische sein, anfangs Kälte; tritt nicht rasch Besserung ein, dann tiefe Incisionen. Desinfektion mit 10% Chlorzinklösung. — Verfasser schliefst die Mitteilung folgender Fälle an: 1. Spontane Gangrän der Vorhaut; 2. Cavernitis urethrae spontanea infectiosa; 3. Spontane Periurethritis gangraenosa; 4. Periurethritis infectiosa. Perforatio urethrae. Infiltratio urinae. Septicaemie. Exitus letalis. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über einen Fall von Infektion der hinteren Harnröhre und der Prostata, hervorgerufen durch eine besondere Mikroorganismenform, von Paul Noguès und Melville Wassermann. (*Centralbl. f. Bakteriol.* 26. Bd. No. 11. 12.) Ein 42jähriger Patient klagte über Schmerzen am Daumen, nach zwölf Tagen stellte sich Ausfluſs aus der Harnröhre ein. Später traten Blasenerscheinungen hinzu. Es wurde schliefslich eine Prostatitis festgestellt, nach Druck auf die Prostata ist der unmittelbar darauf entleerte Urin trübe. Eine Ausspritzung mittelst Spritze und Sonde unter Benutzung von Argent. nitr.-Lösung klärte den Urin dauernd. Die bakteriologische Untersuchung des Harns unmittelbar nach Expression der Prostata ergab einen Diplococcus, welcher sich nach Gram entfärbt und dem Gonococcus in mancher Beziehung ähnelt, jedoch sich durch sein Verhalten in den Kulturen leicht von ihm abgrenzen läfst. Er gedeiht üppig auf allen gewöhnlichen Nährböden und verflüssigt die Gelatine nicht. Hogge scheint den gleichen Diplococcus in der Harnröhre gefunden zu haben. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Plastische Behandlung von Urethro-perineoscrotalfisteln, von E. H. Fenwick. (*Edinburgh med. Journ.* Nov. 1899.) Bei diesen so lästigen Urinfisteln begnügt sich F. nicht damit, dieselben zu spalten und ausgranulieren zu lassen, vielmehr präpariert er sie in ihrer ganzen Ausdehnung bis an die Urethra hinauf rein aus und nach passender Behandlung der letzteren (Kauterisieren oder scharf Abtragen) vereinigt er die Schnittflächen durch Lachsdarmnähte. Natürlich ist die Methode nur bei alten chronischen, nicht bei frisch entzündlichen Läsionen verwendbar. Die begleitende Striktur mufs auch vorher durch Dilatation oder durch Urethrotomia interna (was gelegentlich an sich zur Heilung der Fisteln genügt) beseitigt sein. Auch empfiehlt es sich, den Zustand des Urins durch Borsäure oder Formin zu verbessern. F. hat nach diesen Prinzipien 35 Fälle mit sehr guten Resultaten behandelt. Zwei derselben beschreibt er an der Hand von Abbildungen etwas genauer.

Philippi-Itzehoe.

Cystitis, deren Ursache und Behandlung, von George T. Howland-Washington. (*Med. News.* 15. Juli 1899.) In erster Linie stellte H. den Grundsatz auf, dafs es

eine katarrhalische Cystitis nicht giebt, sondern jede Blasenentzündung auf Infektion beruht und stets bei derselben im Urin Eiter vorhanden ist, einer Ansicht, welcher auch Guyon, Cohnheim u. a. huldigen. Die blofse Gegenwart von Mikroorganismen genügt nicht, um Cystitis zu erzeugen, sondern es ist noch eine prädisponierende Ursache nötig, unter günstigen Bedingungen (Traumen, Erkältung) kann irgend ein Mikroorganismus Cystitis verursachen. Derselbe kann durch die Urethra, den Ureter von einer infizierten Niere aus, von Entzündungsherden in der Umgebung und durch den Blut- und Lymphstrom in die Blase gelangen. Was die Behandlung betrifft, so ist bei akuter Cystitis absolute Bettruhe das Beste, ferner Sorge für regelmäfsigen Stuhlgang, bei starken Schmerzen Narkotika (Morphium). Von anderen Medikamenten gab besonders gute Resultate Urotropin in der Dosis von 0,3 g viermal täglich. Dasselbe bildete auch bei der chronischen Cystitis das wichtigste Hülfsmittel der Behandlung, wo es H. sogar als Specificum für manche Fälle ansieht. obwohl es keinen direkten Einfluſs auf irgend eine bestehende Veränderung oder Entzündung ausübe, sondern einfach den Urin aseptisch mache. Irrigation der Harnblase sollte eigentlich bei akuter Cystitis vermieden werden, sobald aber der Urin trübe wird und Zeichen von Zersetzung aufweist, kann eine warme 2%ige Borsäure- oder Ichthyollösung mit Vorteil zur Anwendung kommen. Bei chronischer Cystitis ist hingegen Blasenausspülung eines der besten therapeutischen Mittel, und zwar empfiehlt H. hierzu vor allem Janets Methode (Mundstück am Introitus); es soll eine genügende Menge in die Blase gebracht werden, bis diese mäfsig ausgedehnt oder der Patient das Gefühl einer vollen Blase hat, diese letzte Methode ist die beste, weil die ganze Schleimhaut der Blase dabei völlig gereinigt wird. Bei Anwesenheit von viel Eiter und Schleim sind ferner zu empfehlen Salicyllösung (1 : 16), 1% Arg. nitr., Sublimat- oder Karbollösung. Anfangs machte man 2mal täglich die Ausspülungen, die stärkere Lösung morgens, die schwächere abends. Auch die Instillationsmethode von Guyon mit 1—15%igem Arg. nitr. und Hydrarg. corros. (0,1 : 1000 = 1/10 : 2000), 15—60 Tropfen in einer Sitzung, kann zur Anwendung kommen, Jodoform in sterilisiertem Öl in der Stärke von 5—10% fand H. sehr wirksam; dieses letztere Mittel ist speziell zur Behandlung der Blasentuberkulose von Guyon empfohlen worden.

Stern-München.

Die Cystitiden, von J. Verhoogen. (*La Policlinique.* 1899. No. 11.) Eine klinische Vorlesung über die Symptomatologie und Diagnostik der verschiedenen Arten von Cystitis, die nichts Neues bietet. *I. Bloch-Berlin.*

Der Canadabalsam in der Therapie des Blasenkatarrhs, von Mesnard. (*Presse méd.* 6. Sept. 1899.) Verfasser empfiehlt bei chronischem Blasenkatarrh Canadabalsam innerlich, doch giebt er anstatt der üblichen Formel

Balsam. Canadens. 20,0
Magnes. ustae q. s. ad pilul. 100,

wobei häufig die Pillen unverändert Darm und Magen passieren, folgende Zusammensetzung an

Balsam. Canadens. 20
Magnes. ustae 2
Sapon. pulveris.
Benzoes pulver. ää q. s. ad pilul. 100.
Dos. 4—6 pro die. *Hopf-Dresden.*

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Fig. 1

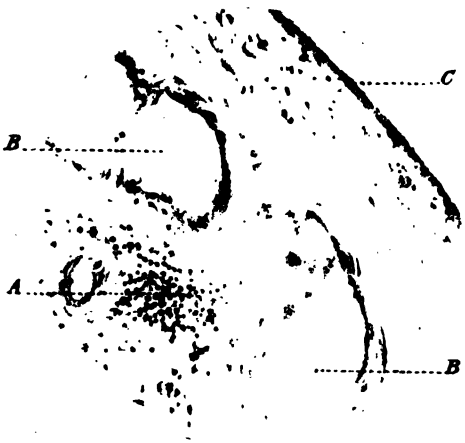


Fig. 2.

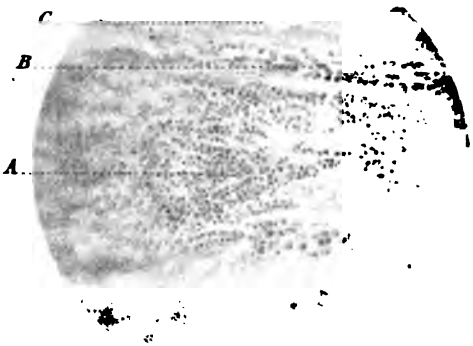


Fig. 3.

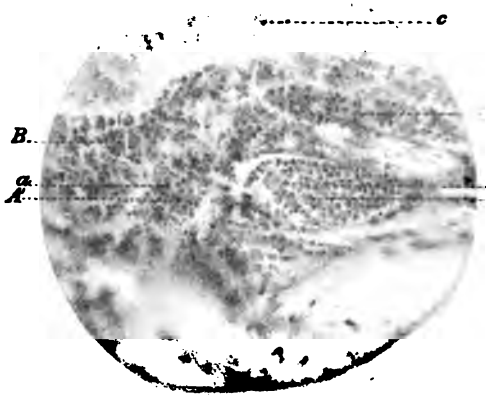


Fig. 4.

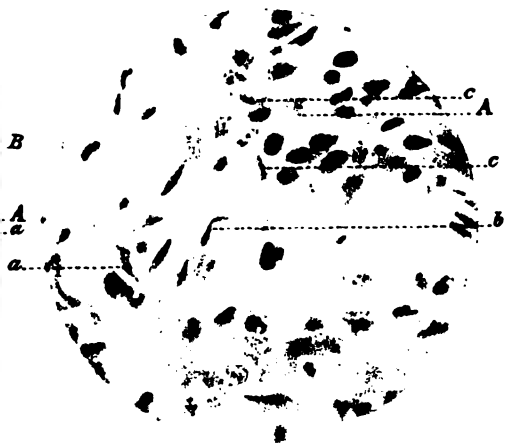


Fig. 5.

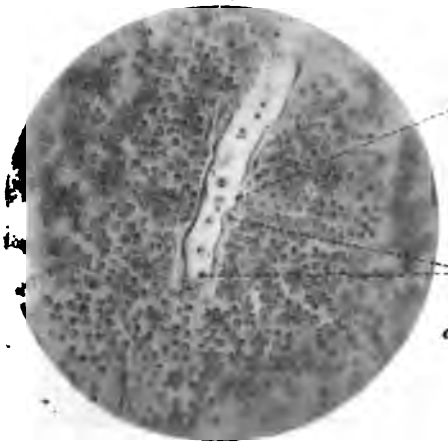
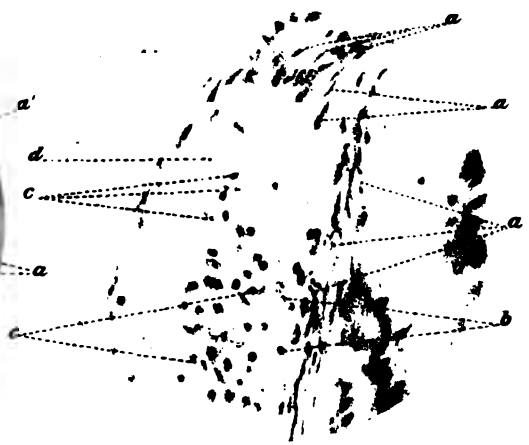


Fig. 6.



Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XXX. No. 7. 1. April 1900.

Die jungen Plasmazellen oder Lymphocyten bei der chronischen Entzündung.

Von

Major H. Herbert, J. A. C. S., J. M. S.

(Mit Tafel I.)

Durch kürzlich beendigte Studien über die Pathologie des Trachoms förderte ich einige Thatsachen zu Tage, welche teilweise oder ganz neu von allgemeiner Wichtigkeit und Anwendbarkeit sind. Aufser einer Zahl menschlicher Bindehäute, welche normal und entzündet waren und verschiedenen Altersklassen von der Geburt aufwärts gehörten, kamen die Bindehäute von Katzen und Meerschweinchen zur Untersuchung. Diesen Tieren sowohl wie Menschen entstammende Darmschleimhäute und Lymphdrüsen wurden aufserdem herangezogen. Die Präparation geschah nach den gewöhnlichen histologischen Methoden; vor allem kamen die Unnaschen Protoplasmamethoden zur Anwendung.

Folgendes sind die Thatsachen von allgemeinem Interesse.

Demonstration des Überganges von gewöhnlichem Bindegewebe zu normalem adenoiden Gewebe und von diesem aufwärts zur Granulation oder zu chronisch entzündlichem Gewebe dergestalt, dafs das normale adenoide Gewebe eine mittlere Stellung zwischen den beiden anderen Geweben einnimmt. Normal ist, dafs der gröfsere Teil der menschlichen Bindehaut, der Lider und Retrotarsalfalten aus adenoidem Gewebe besteht und drüsenhaltig ist, während der Rest der Membran, welche mit ihrer feuchten glatten Oberfläche der Reibung angepafst ist, nur aus Epithel oder einem Epithel besteht, welches ein areoläres Gewebe bedeckt. Das adenoide Gewebe enthält oft, aber nicht immer kleine Lymphfollikel und Knoten oder „Lymphhäufchen“. In der Conjunctiva der Katzen und Meerschweinchen ist nur sehr wenig adenoides Gewebe vorhanden; ein vollständiger Schnitt durch die Membran beim Meerschweinchen zeigt nur einen Streifen dieses Gewebes an der Stelle eines Falzes. Eine Zahl von Schnitten durch den unteren Falz bei

einem Kinde enthält bei der Geburt kein ausgesprochenes adenoides Gewebe, nur hier und dort findet man eine Gruppe kleiner, runder Zellen (vergl. Fig. 1), welche möglicherweise die frühesten Stadien von Lymphfollikeln bedeuten. Die Conjunctiva eines Kindes von drei Monaten enthält andererseits sehr wohl entwickeltes lymphoides Gewebe. Ein Vergleich verschiedener Stellen dieser verschiedenen Membranen, wenn sie nach UNNAS Protoplasmamethoden gefärbt sind, zeigt deutlich die Entwickelung von adenoidem Gewebe aus gewöhnlichem Bindegewebe. Die Veränderung besteht in der Entwickelung von immer zahlreicher werdenden cellulären Elementen. Sehr viele dieser zelligen Elemente werden zu Plasmazellen und zu kleinen, runden Zellen oder Lymphocyten. Zum grofsen Teil liegen diese letzteren in Follikeln und Knoten zusammen, von welchen man eine ganze Anzahl vorfindet. Die Feststellung ist von vornherein wichtig, dafs diese kleineren Zellen im wesentlichen junge Plasmazellen sind, die Tochterplasmazellen von UNNA, welche aus fixen Bindegewebszellen hervorgegangen sind. Sorgfältige Färbungen zeigen vor allem für die kleinsten von diesen Zellen die charakteristischen Kerne; die gröfseren haben schwarze dunkle Protoplasmaringe, weiter finden sich noch Übergangszellen zwischen diesen und den grofsen typischen Plasmazellen, welche durch die ganze Membran zerstreut sind, damit sind auch Übergangszellen zwischen den grofsen Plasmazellen und den fixen Bindegewebszellen vorhanden. Ihr kleiner Durchmesser und ihr schmaler Protoplasmamantel erklären sich aus ihrer rapiden Teilung, welche durch die sehr grofse Zahl von Zellen bewiesen wird,[1] welche zwischen den Follikeln und Knoten lagern und das Stadium der Mitose zeigen. Aufser den erwähnten Zellen findet man durch die ganze Conjunctiva zerstreut nur wenig polynukleäre Leukocyten, und zwar hauptsächlich in dem areolär angeordneten Bindegewebe der nicht lymphoiden Teile, und in der submukösen Membran aufserdem eine Anzahl Mastzellen.

Bei verschiedenen chronischen Kongestionszuständen, bei der follikulären Conjunctivitis und beim Trachom findet man überdies eine Zunahme derjenigen Zellen, welche durch die Membran zerstreut sind. Vor allem handelt es sich dabei um eine Hypertrophie der vorhandenen Follikel und Lymphhäufchen und um eine Neubildung dieser Gebilde.[2] Viele dieser Neubildungen gehen einher mit einem Schwund des Stützgewebes und der Blutgefäfse, welche in dem Stroma liegen. Der Schwund zeigt sich in zweierlei Stadien: 1. in Figur 2 gewahrt man an dem sich ausbreitenden

---

[1] Diese angeschwollenen Zellen sind bisweilen als Epitheloidzellen bezeichnet worden.

[2] Hauptsächlich sind es grofse typische Plasmazellen bei den milderen chronischen Affektionen und kleine Zellen zusammen mit einer Infiltration von polynukleären Leukocyten bei akuten und subakuten Entzündungen.

Rande eines Follikels Zellsäulen, welche Lymphspalten ausdehnen. Das Stroma dringt nicht mehr weiter ein zwischen die einzelnen Zellen, sondern die Zellen liegen dicht gedrängt in den ausgeweiteten Lymphräumen. 2. Ganz besonders bei den schweren Formen der follikulären Conjunctivitis und beim Trachom findet man runde Anhäufungen von sehr kleinen Lymphocyten, die zwischen sich einige Mitosen zeigende Plasmazellen einschliefsen (vergl. Fig. 3),[3] und welche ganz frei in Lymphgefäfsen liegen und scharf von den Gefäfswandungen umgeben werden. Der kleine Durchmesser dieser Zellen bedeutet wahrscheinlich eine ungewöhnlich rapide Teilung infolge der überschüssigen Ernährung mit Lymphe.

Bei einer solchen Ansammlung, welche weit von ähnlichen anderen entfernt liegt, kann, so scheint es, durch fortgesetztes Wachstum schliefslich ein Follikel werden. Unter solchen Bedingungen mufs dieser des Stützgewebes und der Blutgefäfse entraten und mufs vollständig eingekapselt werden. Weit häufiger entstehen die Follikel durch fortgesetzes Wachstum von Zellen, welche in Lymphspalten und Lymphgefäfsen liegen und unvollständig vaskularisiert und daher auch unvollständig eingekapselt werden. Ein Trachomfollikel besteht fast ganz aus jungen Zellen, die aus Bindegewebszellen hervorgehen und das reinste Beispiel von chronisch-entzündlichem Gewebe darstellen. Das Granulationsgewebe auf Wunden und Geschwüren, Granulome etc. enthalten eine verschiedene Zahl von Leukocyten und von Resten des ursprünglichen Bindegewebes. Die normale adenoide Bindehaut unterscheidet sich von der chronisch-trachomatösen Haut in der Hauptsache durch die gröfsere Menge des Stützgewebes, des kollagenen und elastischen Gewebes. Es darf gesagt werden, dafs das adenoide Gewebe der Lymphdrüsen und der Schleimhäute mehr oder minder einer konstanten Reizung von Seiten der Mikroorganismen und deren Produkte ausgesetzt, die konstante Anwesenheit und üppige Wucherung der Plasmazellen in allen ihren Stadien und Veränderungen zeigt, welche in dem mehr geschützten Bindegewebe nur bei Gelegenheit und infolge eines mehr spezifisch entzündlichen Reizes sich einfinden.

Die Mitose bei Plasmazellen kann man vor allem gut in Trachomfollikeln studieren, weil da keine anderen Zellen als Plasmazellen zu

[3] Die kleinen Lymphocyten bei diesen kleinen frühen Ansammlungen sind nicht sehr charakteristisch bezüglich der Kerne und sind nicht auf Protoplasma zu färben. Ihr Ursprung von Bindegewebszellen kann erkannt werden: 1. aus der ständigen Anwesenheit einiger gröfserer in Teilung begriffener Plasmazellen zwischen ihnen; 2. aus der Thatsache, dafs diese Plasmazellen gelegentlich in ihrer Entstehung verfolgt werden aus Endothelien von Lymphgefäfswänden, und 3. aus den sehr zahlreichen Übergängen, was Durchmesser und Äufseres anlangt, zwischen diesen kleinsten Zellen und den gröfseren, völlig charakteristischen Zellen, innerhalb und in der Umgebung grofser Follikel.

finden sind. Wenn die mitotischen Figuren völlig entwickelt sind, und das Protoplasma sich nicht mehr mit basischen Farben färbt, so sind weder Kern noch Protoplasma charakteristisch. Daher ist die Mitose in Plasmazellen niemals deutlich demonstriert worden. Die angeschwollenen Zellen in Lymph- und Trachomfollikeln, welche mit Rücksicht auf die Mitosen fixiert sind, mit ihren Kernen, welche nur wenig Chromatinklumpen enthalten, sind wahrscheinlich durch die fixierenden Reagentien verändert und haben oft eine beträchtliche Quantität von tiefdunklem Protoplasma.

Die Zellmassen in einem Trachomfollikel zehren bald ihre Nahrung auf, die Zellen hören auf sich zu teilen, bröckeln ab infolge Verflüssigung und hyaliner Degeneration; die Bröckel werden durch die Lymphe fortgespült. Manche anderen Zellen gehen wahrscheinlich fort als ganzes mit dem Lymphstrom (so wie aus dem normalen adenoiden Gewebe).

Aber was ich vor allem erwähnen möchte, ist eine andere Art von Fortschaffung, welche bei dieser chronisch-entzündlichen Membran in einem sehr jungen Stadium in die Erscheinung tritt.

Die amöboide Beweglichkeit von Lymphocyten. Lymphocyten werden gewöhnlich als nicht beweglich geschildert. Bei chronischem Trachom und follikulärer Conjunctivitis werden indessen viele von diesen jungen Zellen, welche man über die ganze Membran verteilt findet, aktiv beweglich. Die Kerne werden tief und einförmig gefärbt, während die dünnen Protoplasmamäntel nicht mehr mit basischen Farben anfärbbar sind. Die weichen, geschmeidigen Zellen strecken sich in der Richtung der Gewebsspalten, werden oft lang ausgezogen und passen sich den Wegen an, durch welche sie wandern. Diese Zellen werden in einer gewissen Ausdehnung nur in den Follikeln gesehen, aber nur selten zwischen den Follikeln und dem Oberflächenepithel. Sie sind bisweilen dicht gedrängt gerade aufserhalb eines Teiles des Follikelrandes, z. B. an dem entgegengesetzten Rande des Follikels, dessen eine Grenze in Figur 2 zur Abbildung gelangt ist. Gewöhnlich werden alle diese Zellen amöboid, indem viele von ihnen der Oberfläche entgegen- und durch diese hindurchwandern.[4]

Die Bildung amöboider Leukocyten kann sehr gut studiert werden an Schnitten durch die langen Palpebralpapillen, welche ein gelegentliches späteres Stadium der Trachomfollikel darstellen.[5] Hier sind die

---

[4] Es ist bemerkenswert, dafs Mitosen, welche dicht an dem ausgedehnten Rande des Follikels gehäuft sind, welcher in der Figur zu sehen ist, von der Nachbarschaft amöboider Zellen frei sind. Die jungen Zellen sind in der Bildung in der unmittelbaren Nähe eines Randes begriffen und passieren den entgegengesetzten Follikelrand.

[5] Vergleiche eine jüngst erschienene Arbeit: „Changes produced in the Conjunctiva by chronic Inflammation in the Transaction of the Ophthalmological Society of the United Kingdom for 1898—99.

Lymphocyten vergleichsweise wenig an Zahl und ziemlich grofs und werden durch dicke Bindegewebsbündel getrennt, womöglich ist ihre amöboide Kontraktilität nicht sehr grofs. Birnförmige und geschwänzte Kerne kann man da finden, die dickeren sind unverändert und enthalten noch Chromatinklumpen (vergl. Fig. 4). So deutlich wie meine Präparate eine entschiedene amöboide Beweglichkeit zeigen, ebenso wenig wird sie bei den kleinen Zellen der Conjunctiva gefunden. Man bekommt nicht zu sehen die einförmig dunklen und lang ausgezogenen Kerne der chronisch entzündeten Membran, doch Lymphocyten finden sich verteilt durch das Epithel, welches die Lymphfollikel bedeckt, und gelegentlich auch in den Wandungen der kleinen Blutgefäfse (siehe unten).

Nichtsdestoweniger müssen diese Zellen mit einer leichten Bewegungsfähigkeit begabt sein, weil es sonst nicht zu verstehen wäre, wie sie ihre Position erreichen.

Ich habe Schnitte von einem Falle alter Trachom-Lider mit einer beträchtlichen, womöglich frischen Gefäfsinjektion, welche Lymphocyten zeigt, eingebettet in Schleim an der Oberfläche der Membran, Seite an Seite mit wenig polynukleären Leukocyten. Sie behalten noch ihre Individualität nach ihrer Passage durch das Epithel mit ihrem sphärischen Kern und ihrem sehr kargen Protoplasma ganz verschieden von den polynukleären Blutzellen. Einige der Kerne, welche dicht am Epithel liegen, haben distinkte Chromatinklumpen, während andere weiter weg liegen, geschwollen und blafs und deutlich in Degeneration begriffen sind.

Die Passage der Lymphocyten direkt in kleine Lymphgefäfse.

Es ist oft vermutet worden, dafs die kleinzelligen entzündlichen Infiltrationen, die „Ersatz"-Zellen oder Lymphocyten oder Tochter-Plasmazellen aus den Blutgefäfsen kämen. Einige meiner Präparate sind sehr wichtig, indem sie deutlich die entgegengesetzte Bewegung bei diesen jungen Zellen zeigen, namentlich ihren Eintritt in den Blutstrom aus dem Gewebe direkt durch die Wandung der kleinen Venen. In Figur 5 sind drei Zellen zu sehen, welche in der Wandung einer Venenwurzel liegen, welche durch einen Lymphknoten hindurchziehen. Dafs sie nach innen wandern und nicht nach aufsen, wird bewiesen durch die Thatsachen: 1. dafs das Gefäfs in einem Gewebe liegt, welches diese Zellen auch ohne Vorhandensein eines Blutgefäfses massenhaft produziert, 2. dafs die dünnen Membranen der Gefäfswand zwischen den Zellen und dem Blutstrom nach einwärts gedrückt sind. Das könnte unmöglich der Fall sein, wenn die Lymphocyten nach auswärts wandern.

Der Schnitt, welcher Figur 6 zu Grunde liegt, ist noch viel beweisender. Die Gefäfswandung ist vollgepfropft mit typischen amöboiden Lymphocyten, genau so wie das angrenzende Gewebe (aufserhalb des Focus

der Photographie). Diese Vene liegt nicht in einem Lymphfollikel oder Knoten, sondern zwischen grofsen Plasmazellen und aktiv beweglichen jungen Zellen. Trotzdem manche von diesen Lymphocyten inmitten des Blutstroms der Vene die gewöhnliche runde Form zeigen, sind viele von ihnen ausgezogen und langgestreckt in einer Weise, welche sie nicht im Blutstrom haben annehmen können, sondern nur innerhalb der Gewebsspalten, durch welche sie gegangen sind. (Vergl. eine Zelle in der Photographie.)

Es war nicht möglich, die Zellen in der Wandung zusammen einzustellen mit denjenigen Zellen, welche sich mitten im Blutstrome befinden.

Nachtrag.

Voraufgehende Thatsachen beziehen sich zum gröfseren Teil auf die menschliche Conjunctiva. Der Grund hierfür liegt daran, dafs Zahl und Mannigfaltigkeit der anderen Gewebe, welche zur Untersuchung herangezogen waren, nicht genügten, um ausgedehnte Schlüsse von ihnen abzuleiten. Aber zu der Annahme liegt kein Grund vor, dafs eine völlige Bestätigung durch die Untersuchung anderen adenoiden Gewebes, woher solches auch immer stamme, nicht erzielt wird.

(Übersetzt von Dr. Ernst Delbanco-Hamburg.)

Tafelerklärung.

Figur 1. Frühestes Stadium eines Lymphfollikels (?). Menschliche Conjunctiva eines Neugeborenen; unterer Fornix. *A.* Gruppe kleiner Zellen, welche womöglich einen späteren Follikel darstellen. *B.* Blutgefäfse. *C.* Oberflächenepithel.

Figur 2. Sich ausdehnender Rand eines Follikels bei einer follikulären Conjunctivitis. In Reihen angeordnete Zellen, welche Lymphräume ausdehnen. *A.* Follikel. *B.* Schichten grofser Plasmazellen. *C.* Oberflächenepithel.

Figur 3. Ursprung eines Trachomfollikels im Lymphgefäfs. Ein Lymphgefäfs, vollgepfropft mit kleinen Lymphocyten. *A.* Schlecht begrenzte Gruppen ähnlicher Leukocyten. *aa.* Gröfsere Zellen im Stadium der Mitose. *B.* Grofse Plasmazellen. *C.* Oberflächenepithel.

Figur 4. Amöboide Lymphocyten. Schnitt durch die Palpebralpapille. *A.* Haufen epithelialer Zellen, Teil eines epithelialen Tiefenwachstums. *a.* Geschwänzte Lymphocyten, amöboid werdend, dick und mit einem Nukleus versehen, welcher einen Nukleolus und getrennte Chromatinklümpchen zeigt. *b.* Amöboide Zelle; langer Kern mit kurzem Protoplasmaschwanz, der am unteren Ende noch eben zu sehen ist. *cc.* Amöboide Zellen, die eine, ziemlich aufserhalb des Focus, im Epithel liegend.

Figur 5. Lymphocyten in der Wandung einer Venenwurzel, in einem Lymphknoten einer Conjunctiva jugendlichen Alters liegend. Die Lymphocyten *a.* sind von dem Gefäfslumen durch dünne Membranen der Wandung getrennt, welche nach einwärts gebuchtet sind. Die Zelle a^1 ist ähnlich gelagert, nur liegt sie ziemlich aufserhalb des Focus, sofern auch ein Teil der Membran zwischen ihr und dem Gefäfslumen liegt. Leukocyten und Lymphocyten mitten in dem Venenlumen; rote Blutzellen ungefärbt, daher nicht sichtbar.

Figur 6. Amöboide Lymphocyten im Blutstrom einer kleinen Vene in einer chronisch entzündeten Conjunctiva; an anderen Stellen Trachomfollikel. *aaa.* Amöboide Lymphocyten in der Gefäfswandung liegend, viele andere aufserhalb des Focus nicht sichtbar. *b.* Lymphocyten, aus der Gefäfswandung in den Blutstrom wandernd. *cc.* Lymphocyten im Blutstrom, mehr oder minder aufserhalb des Focus, noch lang ausgezogen infolge ihrer Passage durch Gewebespalten. *d.* Rote Blutzellen.

Aus dem dermatologischen Laboratorium von Dr. VAN HOORN.

Über Haarfärbemittel.

Nachtrag zu der in No. 9 des vorigen Bandes veröffentlichten Arbeit

von

Dr. J. BROERS (Holland).

Im Anschlusse an die Untersuchung über die Einwirkung verschiedener Färbemittel auf die Haare, die vor einiger Zeit von mir in dieser Zeitschrift publiziert wurde, kann ich jetzt den Erfolg meiner weiteren Untersuchungen über die Einwirkung von Wismut, Kalium permanganicum, Nufsextrakt und Henna mitteilen. Diese Untersuchungen sind in genau derselben Weise wie die vorigen angestellt.

Vor Anwendung der Färbemittel wurden die Haare stets entfettet in Alkohol und Äther, gewaschen und zu Bündeln zusammengebunden.

Ich untersuchte den Einfluſs einer gleichzeitigen Einwirkung eines Wismutsalzes mit einer Schwefelverbindung auf die Haare; dazu nahm ich basisches Wismutnitrat und Schwefelnatrium; ich bevorzugte Schwefelnatrium, weil der Geruch des Schwefelkaliums, das an der Luft zerfliefst und dabei Schwefelwasserstoff entwickelt, die Anwendung des letztgenannten Mittels in der Praxis von vornherein unmöglich macht. Ich brachte die Haare erst einige Zeit in eine 20prozentige Schwefelnatriumlösung und fügte dazu eine 20prozentige Wismutlösung; die Flüssigkeit wurde gleich stark trübe und schwarz, sie war zum Färben aber nicht geeignet, die Haare bekamen eine häfslich graue Farbe und entarteten schleimig, während eine sehr unangenehme Entwickelung von Schwefelwasserstoff nicht ausblieb.

Das Kaliumpermanganat benutzte ich in drei verschieden starken Lösungen, bezw. 1 : 100, 1 : 1000 und 1 : 5000; makroskopisch waren die Haare in verhältnismäfsig starker Nuance gefärbt; diejenigen, welche in der einprozentigen Lösung gefärbt waren, sahen braunblond aus, die beiden anderen deutlich heller. Mikroskopisch konnte ich in den Längsschnitten

der Haare, gefärbt mit der 1 : 100 und 1 : 1000 - Lösung, den Farbstoff in den Räumen zwischen den Zellen der Cuticula sehen; die Querschnitte zeigten die Rinde total angefärbt; in den Haaren, auf welchen die Lösung von 1 : 5000 eingewirkt hatte, zeigte sich mikroskopisch fast kein Farbstoff, auch nicht in ihrer Cuticula. Zur Färbung der Haare mit übermangansaurem Kalium ist daher die einprozentige Lösung vorzuziehen und durchaus nicht zu stark.

Extractum nucum juglandis ist nicht leicht löslich, in Alkohol gar nicht, und eine fünfprozentige wässerige Lösung ist nicht brauchbar, da selbst bei diesem Gehalt noch ein bedeutender Bodensatz vorhanden ist. Obschon ich die Haare während 24 Stunden in dieser Lösung verbleiben liefs, hatten sie, als ich sie in Wasser abspülte, keine Farbe angenommen; ich versuchte dann noch, Haare zu färben mit einer zehnprozentigen Lösung von Extractum foliorum juglandis, erzielte aber denselben negativen Erfolg trotz langdauernder Einwirkung.

Weil ich unter den Haarfärbemitteln auch noch Chinesische Tusche genannt fand, versuchte ich auch dieses Mittel, aber der Effekt war nicht günstig; nachdem die Haare lange in diesem Farbstoffe verweilt hatten, verloren sie, als sie gewaschen wurden, beinahe alle Farbe, sie blieben grauweifs und sahen schmutzig aus.

Zum Schlusse gebrauchte ich noch Henna, bereitet durch Pulverisation der Blätter von Lawsonia inermis (Papillonaceae), das von Dr. Polack aus Persien in Europa eingeführt ist. — Dieses Mittel scheint speziell in Paris viel benutzt zu werden; in Holland konnte ich es nicht bekommen, in London fragte ich vergebens danach in den gröfsten pharmaceutischen Geschäften, bis ich endlich so glücklich war, es von einem Friseur zu erlangen. Es ist ein graugrünes Pulver, das äufserlich dem Pulvis liquiritiae compositus sehr ähnlich ist; es wird in der Weise angewandt, dafs man mit Wasser eine Art Paste davon macht und diese mit einer Zahnbürste in die Haare einreibt. Es mufs also später ausgewaschen werden. — Je länger man es einwirken läfst, desto dunkler werden die Haare gefärbt; die Intensität der Farbe wechselt von lichtbraun bis orangerot; nach dreiviertelstündiger Einwirkung waren die Haare, nachdem sie in Wasser abgespült, lichtbraun gefärbt; nach Ablauf von vier Stunden waren sie rotbraun bis goldblond, eine Farbe, die von manchen für sehr hübsch gehalten wird und besonders bei Damen als Haarfarbe beliebt zu sein scheint; nach vierundzwanzigstündiger Einwirkung war die Farbe orangerot und hatte die Grenze des Natürlichen überschritten. — Es ist dieses Mittel für die Anwendung sehr geeignet, weil man nach der für die Färbung benutzten Zeit selber den Grad der Farbe bestimmen kann.

Mikroskopisch geben die Präparate dieser Haare keine anderen Befunde als die früher mitgeteilten der mit anderen Färbemitteln behandelten

Haare; allein bei den 24 Stunden gefärbten Haaren war der ganze Durchschnitt etwas rotbraun, aber doch sehr schwach tingiert.

Ein Mittel, das die Haare durch und durch und mikroskopisch deutlich färbt, habe ich unter den genannten nicht gefunden; man wird sich also bei der Beurteilung des Resultats auf die makroskopische Beobachtung beschränken müssen und von diesem Standpunkte giebt es unter den obengenannten Farbstoffen gewifs zweckmäfsige und zu gleicher Zeit unschädliche Haarfärbemittel.

Aus der Praxis.

Das Wesen der Naftalanwirkung.

Von

P. G. Unna.

Das Naftalan gehört zu den Naturprodukten, welche von Menschenhand in eine ganz bestimmte Form zu Heilzwecken gegossen sind, ohne dafs die Art der Zubereitung oder wenigstens die chemische Zusammensetzung des entstandenen Endproduktes gleichzeitig publiziert wurde, wie das beispielsweise mit dem Ichthyol s. Zt. geschah. Man würde es deshalb, wie die Mehrzahl der Geheimmittel, auf sich beruhen lassen können, wenn es nicht thatsächlich Eigenschaften entfaltete, die eine sonst bestehende Lücke unseres wahrlich nicht armen Heilschatzes ausfüllt.

Daher habe ich mich auch für dieses seit Beginn seines Bekanntwerdens, d. i. seit vier Jahren, von mir benutzten Mittels lebhaft interessiert und mir, nachdem seine Indikationen empirisch festgestellt waren, die Frage vorgelegt, auf welche Weise die Wirkung wohl zu stande komme. Was zunächst die Indikationen betrifft, so stellte es sich bald heraus, dafs das Naftalan bei allen ernsteren, tiefgehenden, hartnäckigen Dermatosen, bei inveterierten Ekzemen mit starker Oberhautverdickung, bei Psoriasis, bei Furunkulose, Akne, diversen Sykosisformen, bei Lupus ganz ohne kurative Wirkung ist. Im Gegenteil disponiert es, wie manche brenzliche Stoffe es thun, zur Entstehung von kokkogenen Folliculitiden, die der Beseitigung durch Schwefel oder Ichthyol bedürfen.

Seine Stärke liegt ganz wo anders. Es übt nämlich schwach reduzierende, entzündungswidrige, anämisierende, jucklindernde, mit einem Worte: sedative Wirkungen aus. Daher war sein guter Einfluſs am eklatantesten, wo überreizte Hautpartien vorlagen, bei bis dahin

stark und erfolglos mit Medikamenten behandelten Ekzemen, bei artifiziellen Dermatitiden jeder Art besonders aber bei universellen Ekzemen und Psoriatiden, die in eine exfoliative Dermatitis ausgeartet waren und malign zu werden drohten. Hier sind bekanntlich nur die allermildesten Medikamente am Platze und Deckmittel (Puder, Leime, wasserlösliche Firnisse) mehr als Salben. Zinkoxyd und schwefelhaltige Pasten und Salben wirken zu austrocknend, Hebrasche Salbe oft zu erweichend und reizend. Bedurfte die Haut wegen gleichzeitiger Trockenheit und Sprödigkeit einer Einfettung, so waren wir auf einen sehr kleinen Kreis von Mitteln ganz schwach reduzierender Art: Leinöl, Ichthyol, Ichtholsulfon und seine Succedanea (Thiol, Tumenol) in schwach prozentuierten Vaselinsalben u. dergl. angewiesen. Hier war stets eine Lücke fühlbar und in diese trat Naftalan mit sehr gutem Erfolge ein. Vor vier Jahren erhielt ich die ersten Proben aus Tiflis, die mich noch wenig befriedigten, da ich die Wirkung im allgemeinen zu schwach, zu wenig verschieden von einem einfachen Schmiermittel der Kohlenwasserstoffreihe fand. Seit drei Jahren verwende ich es nur noch in den soeben genauer bezeichneten Fällen, besonders zu Anfang in allen Fällen schwerer universeller trockener Ekzeme und Psoriatiden, die schon mit der Diagnose einer allzureizbaren Haut in meine Klinik eintreten und war jedesmal mit der prompten Beseitigung der starken Hyperämie, des übermäfsigen Schuppens und des Juckens zufrieden.

Die Untersuchung des Naftalans ergab bald, dafs es neben einem vaselinartigen Kohlenwasserstoff und einem schwarzen, brenzlichen Farbstoff einen nicht unerheblichen Gehalt an Seife enthielt. Hiermit erklärte sich einerseits die ziemlich feste Konsistenz, andererseits die Mischbarkeit des Naftalans mit Wasser und endlich die anscheinend leichte Resorbierbarkeit desselben, besser gesagt: das erleichterte Eindringen des Kohlenwasserstoffs in die oberste Hornschichtlagen. Es lag nun in der That nichts näher als der Versuch, die guten Eigenschaften dieses Gemisches durch Mischung dreier bekannter ähnlicher Faktoren zu erzeugen und ich liefs deshalb eine Salbe aus Vaselin, 1% stearinsauren Natron und 1—2% Pyraloxin, herstellen, welch' letzteres als ein hochoxydiertes Produkt der aromatischen Reihe von sedativen Eigenschaften dem schwarzen Farbstoff des Naftalans mit seinen genannten Eigenschaften ähnlich ist. Ich habe dieses Pseudonaftalan seit zwei Jahren vielfach in meiner Klinik mit denselben Indikationen wie Naftalan gebraucht und seine Wirkung öfter bei denselben Patienten mit derjenigen des Naftalans auf symmetrischen Hautstellen verglichen. Bei einer schwachen Dosierung des Pyraloxins (0,5—1,0%) war die Wirkung eine ganz ähnliche, sedative, bei stärkerem Pyraloxinzusatz wurde sie stärker antiekzematös und daher — ohne die gesunde Haut zu reizen — noch wirksamer.

Immerhin handelt es sich bei diesem Pseudonaftalan doch nur um einen ähnlichen, nicht um einen völlig gleichartigen Körper. Man kann durch Lösung des Vaselins und Filtrieren das Pyraloxin dem Gemische entziehen, während der braune Farbstoff des Naftalans sich auf diese Weise nicht abfiltrieren läfst. Da machte nun Herr Dr. Runge (Schwanapotheke) mich darauf aufmerksam, dafs bei länger andauerndem Überhitzen des Vaselins ein ganz analoger Farbstoff sich bildet, wie er im Farbstoff vorliegt. In der That gleicht das so dargestellte brenzliche Produkt des Vaselins, wenn man es durch stearinsaures Natron solidifiziert hat, dem Naftalan zum Verwechseln, nicht blos in seinen physikalischen Eigenschaften, sondern auch in der Wirkung. Ich habe über dasselbe noch keine sehr ausgedehnte Erfahrung, kann es aber als ein überall leicht herstellbares, ungemein billiges Succedaneum des Naftalans den Kollegen für die oben angeführten Fälle sehr wohl empfehlen. Ich habe es unter dem Namen: Vaselinum adustum saponatum in der hiesigen Schwanapotheke darstellen lassen. Auch dieses ist viel zu schwach, um bei trockenen, eingewurzelten Ekzemen und Psoriasis heilende Wirkungen zu äufsern, um Kokken der Haarbalgtrichter abzutöten, und ebenso ungeeignet, nässende Ekzeme rasch zur Trockne zu bringen. Wo aber ein Ekzem durch eine Reihenfolge von Medikamenten bis dahin nur verschlimmert worden ist, wo eine übergrofse Empfindlichkeit der Haut alle stärkeren Heilmittel kontraindiziert, wo eine Pityriasis rubra oder Dermatitis exfoliativa vorliegt, da thut jeder Arzt gut, sich des Naftalans und des Vaselinum adustum saponatum zu erinnern. Ist unter Anwendung derselben Reizbarkeit und Entzündung zurückgegangen und wünscht man eine stärkere antiekzematöse Wirkung, ohne neue Entzündungssymptome befürchten zu müssen, so ist am meisten ein Zusatz von 1—5% Pyraloxin zu empfehlen.

Gestützt auf diese Erfahrungen mit dem Naftalan, wirft sich des weiteren die Frage auf, welche Körper in den verschiedenen brenzlichen Produkten der Volksmedizin wohl wirksam sein werden, wobei in erster Linie das altbewährte Mittel Emplastrum minii adustum ins Auge zu fassen sein wird.

Versammlungen.

Berliner dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 6. Februar 1900.

Original-Bericht von Dr. John Hirsch-Berlin.

Heller stellt eine ca. 40 Jahre alte Frau mit einer Hautaffektion vor, die ihre Lokalisation an der Stirn, am Gesicht, Hals, in der Gegend der Ohren, zum Teil am Vorder- und Oberarm, an den Händen und Fußsohlen hat. Ellenbogen und Knie, auch die Kopfhaut sind frei. Die Schleimhäute waren nie von der Krankheit ergriffen. Die Hauterkrankung ist im September v. J. aufgetreten, zeigt eine dunkelrote Färbung. Die Efflorescenzen lassen eine eigentümliche Kreisform erkennen. Patientin leidet außerdem an einer chronischen Nephritis. Im Anfang wurde mit Natrium salicylicum eine kleine, aber schnell vorübergehende Besserung des Leidens erzielt. Da der Gatte vor 30 Jahren Syphilis durchgemacht, mußte auch eine antisyphilitische Behandlung in Erwägung gezogen werden. Es wurde nunmehr Jodkalium gereicht; aber das Nierenleiden exacerbierte unter dieser Medikation in sehr bedenklicher Form. Die Harnmenge sank auf 500 ccm; es trat Ascites auf; der Albumengehalt des Urins stieg auf 2½ ‰. Da es nun galt die bedeutende Urämie abzuwenden, mußte das Jodkalium ausgesetzt werden. Die bedrohlichen Erscheinungen gingen zurück, die Schrumpfniere kehrte auf ihren alten Status zurück. Differentialdiagnostisch kommt zunächst Syphilis in Betracht. Wenn auch α-Eigonnatrium im Gegensatz zu Jodkalium relativ gut vertragen wurde, und unter dieser Medikation eine starke Abschuppung eintrat, so ist doch eine syphilitische Erkrankung ausgeschlossen. Ferner muß man an frische Psoriasiseruptionen denken, es fehlen jedoch die silberglänzenden Schuppen, ferner tritt diese Krankheit selten erst mit 40 Jahren auf; auch die Lokalisation spricht dagegen, denn die Prädilektionsstellen — die Streckseiten des Ellenbogen- und Kniegelenks — sind von Efflorescenzen frei. Es ist demnach auch diese Diagnose von der Hand zu weisen. Auch an das Vorstadium von Mykosis fungoides habe man gedacht; aber diese Krankheit ist bei ihrem Auftreten durch starkes Jucken charakterisiert. Diese Erscheinung fehlt hier. Zum Schlusse begründet Heller die Diagnose **Lupus erythematodes acutus.** Es ist eine Reihe fest anhaftender weißer Schüppchen vorhanden. Der Übergang der Efflorescenzen in Narbenbildung ist noch nicht vorhanden. Die Therapie stößt in diesem Falle auf große Schwierigkeiten, da man die Nephritis dabei im Auge behalten muß und daher differente Mittel ganz ausgeschlossen sind. Heller bittet ihn mit therapeutischen Vorschlägen zu unterstützen.

Lesser ist mit der Diagnose einverstanden. Recht schwierig ist es, den Wunsch Hellers zu erfüllen, therapeutische Maßnahmen vorzuschlagen. Vielleicht ist ein Versuch mit essigsaurer Thonerde nicht ohne Erfolg. — Rosenthal ergreift nicht der gestellten Diagnose wegen das Wort, sondern nur um die Alkoholtherapie in Vorschlag zu bringen. Man habe in Wien bei Lupus den Alkohol mit recht gutem Erfolge behandelt.

Alsdann führt Bruhns eine 37 Jahre alte Frau vor mit **idiopathischer Hautatrophie.** Die Erkrankung begann vor drei Jahren mit einer Rötung der linken Hand und des linken Ellenbogens. Es besteht keine Schuppung, noch sind Parästhesien vorhanden. Die Rötung verliert sich ganz allmählich in die Umgebung. Die Haut

legt sich in Falten und ist auf der Unterlage gelockert. Hier liegt das Anfangsstadium der Erkrankung vor. Der Name Atrophia cutis idiopathica ist ein unglücklicher, weil wir auch entzündliche Vorgänge bei diesem Krankheitsprozesse mikroskopisch nachweisen können. In den oberen Schichten des Corium sieht man entzündliche Infiltrate. Die wellenförmige Papillarlinie ist verstrichen. Sehr auffallend ist noch, dafs die elastischen Fasern unter dem Rete Malpighii fehlen. Eine Ursache für die idiopathische Hautatrophie in diesem Falle war nicht aufzufinden.

Alsdann demonstrierte Bruhns noch ein 12jähriges Mädchen, bei dem auf den Vaccinationsstellen **Psoriasiseffloreszenzen** aufgetreten sind. Im Alter von einem halben Jahre acquirierte dasselbe Psoriasis. Von den vier Impfschnitten entwickelten sich drei sehr gut, während der Vierte nur rudimentär anging. Wo die Impfpusteln sich gut gebildet, da entstanden auch gute Psoriasiseffloreszenzen; an der Stelle der geringeren Reizung, an der vierten Impfnarbe, ist auch die Eruption der Psoriasis eine minimale.

Zum Schlufs bespricht Bruhns das klinische Bild der **vom Tier auf den Menschen übertragenen Scabies**, welche einen ganz anderen Verlauf nimmt wie die von Mensch auf Mensch übergehende Scabies. In der Universitätspoliklinik für Hautkrankheiten wurden zwei kleine Mädchen beobachtet, die am Unterarm und Rumpf Kratzeffekte aufwiesen. Die Hände und Interdigitalfalten blieben frei. Es handelte sich bei diesen Kindern um eine Übertragung von Scabies durch eine räudige Katze, in deren Schuppen zahlreiche Milben — Sarcoptes minor — nachgewiesen werden konnten. Durch Behandlung mit 30%iger Schwefelsalbe wurden die Kinder von ihrer Hautaffektion geheilt. An derselben Dermatose wurde auch eine 27jährige Frau nebst Mann und Bruder behandelt; hier kam die Infektion durch einen räudigen Hund zu stande, an dem Sarcoptes minor in Mengen sich nachweisen liefs. Gerlach wies zuerst die Übertragung der Tierscabies auf den Menschen nach. Katze, Kaninchen, Hund und Schwein sind diejenigen Tiere, welche jene Dermatose auf den Menschen übertragen. Diese Scabies weicht von der menschlichen in vielen Punkten ab. Selbst ohne jede Behandlung heilt sie in 2—3 Wochen ab, bildet keine Effloreszenzen; die Prädilektionsstellen der durch Acarus scabiei hervorgerufenen menschlichen Scabies bleiben bei dieser Dermatose frei; letztere befällt meist nur Gesicht, Rumpf und Arme. In den ersten Tagen nach der Infektion gelingt es wohl beim Menschen ab und zu rudimentäre Gänge zu finden, in denen man die Milbe Sarcoptes minor noch lebend antreffen kann; in der menschlichen Haut stirbt die Milbe sehr schnell ab. In den oben beschriebenen Fällen gelang es nicht mehr, jenes Tierchen nachzuweisen. Dafs es sich nicht nur um Kratzeffekte und Reizzustände, sondern um wirkliche Dermatozoonose handelt, zeigt der Umstand, dafs eine antiparasitäre Therapie Erfolg hat.

In der sich anschliefsenden Diskussion erwähnt Heller einen Fall von **Atrophia cutis idiopathica**, welcher eine Ausdehnung von 1½ qm angenommen hat. Auch Köbner erinnert, dafs im Jahre 1887 von einem seiner damaligen Assistenten ein sehr prägnanter Fall von idiopathischer Hautatrophie der Hand, des Vorderarmes und Oberarmes beschrieben worden ist. Auffallend war das durch die Dünnheit der Haut bedingte deutliche Durchschimmern der Venen. Im Anschlufs an den von Bruhns vorgestellten Fall, wo nach Revaccination an der Impfstelle Psoriasis auftrat, bespricht Köbner ausführlich die Beobachtungen, dafs bei einem Psoriasiskranken durch irgend eine Verletzung, z. B. durch einen Pferdebifs, durch Tätowieren, durch ein Vesikans etc., Psoriasiseffloreszenzen hervorgerufen werden, die in ihrer Form genau den verletzten Stellen entsprechen. Nicht in allen Stadien der Psoriasis sehen wir dieses Phänomen eintreten, sondern nur da wo die Psoriasis noch im Fortschreiten,

in der Evolution, begriffen ist. Er habe gesehen, dafs ebenso wie bei Vaccination auch bei Herpes zoster die Psoriasiseffloreszenzen genau in dessen Verbreitungsbezirk auftraten. In neuerer Zeit, wo der Baunscheidtismus wieder aufgenommen worden ist, sind zuweilen die bei diesem Verfahren gesetzten kleinen Wunden zum Sitze von Psoriasiseffloreszenzen geworden. Impfgegner haben das postvaccinale Auftreten der Psoriasis als Argument gegen die Schädlichkeit der Vaccination benutzt. Auch Haslund, welcher das Jodkalium in grofsen Dosen gegen die Psoriasis empfohlen, habe bestätigt, dafs in einzelnen Fällen an den Stellen, wo traumatische, chemische und thermische Reize eingewirkt, die Psoriasis auftrete, wenn die Krankheit noch im Wachstumsstadium ist. — Lesser führt aus, dafs die Psoriasiseffloreszenzen da am meisten und intensivsten auftreten, wo der Körper am häufigsten Insulten ausgesetzt ist, wo die Kleidungsstücke am engsten anliegen und eine fortdauernde Reibung eintritt wie gerade am Ellenbogen und an den Knien. — Mohr berichtet alsdann über zwei Fälle von idiopathischer Hautatrophie, die er zu beobachten Gelegenheit hatte. — Saalfeld referiert über einen Fall von **Tierscabies**, durch einen räudigen Hund auf einen Hundehändler übertragen. Es waren keine Scabiesgänge nachweisbar. Durch Styraxeinreibungen wurde Patient geheilt. Kurze Zeit darauf habe er die gleiche Krankheit an einem Manne beobachtet, der obigen Hund von jenem Händler gekauft.

Alsdann demonstriert Waldeyer eine Patientin, welche wegen sekundärer Syphilis sich in der Charité befindet, mit **Phthirii pubis auf dem behaarten Kopf**, vornehmlich in den kurzen Nackenhaaren und etwas oberhalb derselben. Dieser Befund war um so auffallender, als an den Pubes und in den Axillis nur wenige Phthirii zu finden waren. Verständlich wäre die Überwanderung nach dem Kopfhaare, wenn die Lieblingsplätze — die Inguinalgegend und Achselhöhle — von Pedikulitiden übersät wären. Wenn es auch nicht festzustellen ist, an welchem Teile des Körpers die Filzläuse zuerst aufgetreten, so ist doch wahrscheinlich, dafs auch die Invasion von den Schamhaaren ausging. Warum kommen die Phthirii pubis so selten am Kopfhaar vor? Warum halten sich jene meist so streng an die Inguinalgegend? Sind drüsige Sekrete der Kopfhaut der Grund dafür, dafs die Phthirii pubis so selten die Kopfhaut betreten? Dieser Grund kann nicht stichhaltig sein, weil wir in den Achselhöhlen die Filzläuse doch nicht so selten antreffen. Auch die Verschiedenheit der Körperwärme an den Pubes und Kopfhaut kann nicht mafsgebend sein für die so seltene Überwanderung der Filzlaus auf das Kopfhaar, denn wir finden doch nicht so selten, dafs jenes Tier in die Cilien, Augenbrauen und in den Bart kriecht. Es kommen gewifs andere Momente in Frage, das sind die Unterschiede zwischen Kopfhaar und den übrigen Körperhaaren. Diese bestehen nicht im Querschnitt, denn das Kopfhaar gleicht im Querschnitt demjenigen der Cilien und der Augenbrauen; aber die Dichte der Haare kommt in Betracht; an der Kopfhaut stehen die Haare am dichtesten. Die Filzlaus ist träger und sefshafter als die Kopflaus; erstere liegt flach der behaarten Haut auf und hält sich mit Hülfe der hakenförmigen Krallen an den Haaren so fest, dafs sie nur mit Gewalt abziehbar ist. Auf der so dicht behaarten Kopfhaut findet die Filzlaus keinen Platz für die Fortpflanzung. An den Randhaaren der Schläfe und des Nackens sind die Haare weit weniger dicht, als an der übrigen Kopfhaut. Aus diesem Grunde ist es verständlich, wenn wir hier noch Filzläuse antreffen, was ja allerdings sehr selten ist.

Blaschko glaubt, dafs die Temperaturverschiedenheit zwischen Pubes und Kopfhaar der Grund für das so seltene Vorkommen der Pediculi pubis auf der Kopfhaut sei. — Waldeyer erwidert, die Temperatur käme wohl in Frage, könne aber nicht das entscheidende Kriterium sein, denn wir finden Pediculi im Barte und in den Cilien

Rosenthal demonstriert alsdann ein 23 Jahre altes Mädchen, das von frühester Jugend an **Psoriasis** gelitten. Recidiv auf Recidiv folgte. Sowohl lokale mit Chrysarobin als auch innerliche Behandlung mit Arsen wurde verschiedentlich angewandt. Zuletzt ging man mit Arseninjektionen vor. Die Psoriasis ist bei dieser Behandlung fast ganz gewichen, es traten aber Leukodermaflecken namentlich am Hals und an der vorderen Thoraxseite auf. Man bezeichnet diese Hauterkrankung als **Leukoderma psoriaticum**; es müfste aber Leukoderma postpsoriaticum heifsen, denn diese Affektion ist eine Folge des Arsengebrauchs und trat erst nach Schwund der kolossalen Plaques auf. Auch da wo die Psoriasis nicht gesessen, traten die Leukodermaflecken auf.

Ferner zeigt Rosenthal einen Kranken mit **Dermatitis herpetiformis Duhring** mit der bemerkenswerten Eigentümlichkeit, dafs hier das Jucken fehlt.

Hierauf stellt Mayer drei Fälle von **Lichen ruber** vor.

Gebert demonstriert ein junges Mädchen, die eine **Affektion der rechten Vola manus** acquirierte. Dieselbe besteht aus linsengrofsen, juckenden roten Flecken, die in der Mitte hyperkeratotische Veränderungen aufweisen, während der Rand derselben weich ist. Syphilis ist zweifelhaft; die spezifische Kur war gegen das Hautleiden erfolglos. Auch alle anderen therapeutischen Wege, welche bisher eingeschlagen wurden, brachten keine Besserung. Sowohl Chrysarobin als Salicylseifenpflaster, ferner die innere Darreichung von Arsen beeinflufsten die Erkrankung garnicht. — G. stellt den Fall zur Diagnose und wünscht therapeutische Vorschläge.

Zum Schlufs führte Blaschko einen 22 Jahre alten Mann mit einem faustgrofsen, auf der Unterlage verschieblichen **Drüsentumor in der linken Supraclaviculargegend** vor. Seit acht Wochen stellten sich Symptome einer Allgemeinerkrankung ein; es traten Schlaflosigkeit, Appetitlosigkeit, Mattigkeit, Abmagerung ein; am meisten belästigt den Patienten ein in Attacken auftretendes Jucken, das am stärksten sich an den Fufssohlen und den beiden Unterextremitäten geltend macht. Dieser Juckreiz ist wohl mit dem Tumor in Zusammenhang zu bringen; es handelt sich wahrscheinlich um die Resorption toxischer Substanzen. Multiple Drüsentumoren sind nicht vorhanden; die Untersuchung des Blutes ergiebt keinen Befund, welcher der Leukämie entspricht. Der Tumor ist für Lymphosarkom zu derb. Erst die weitere Beobachtung wird die Diagnose ergeben.

Die übrigen Punkte der Tagesordnung werden auf die nächste Sitzung vertagt.

Wissenschaftliche Ärztegesellschaft in Innsbruck.

Sitzung vom 28. Oktober 1899.

(*Wiener klinische Wochenschrift.* 1900. No. 2.)

Zwei Fälle von Pemphigus demonstriert Rille. Im ersten Falle handelt es sich um einen 28jährigen Tagelöhner, bei dem unter lebhaften Fiebererscheinungen Eruptionen von erythematösen und bullösen Efflorescenzen seit einer Reihe von Wochen einander folgen, die auch die Schleimhäute nicht intakt lassen. Die zahlreichen Erythemflecke berechtigen nicht Erythema multiforme bullosum oder Dermatitis herpetiformis zu diagnostizieren, da sie oft die Basis der Pemphigusblasen bilden. Die Prognose ist eine zweifelhafte; ein guter Ausgang ist aber trotz aller Allgemeinerscheinungen und der Beteiligung der Schleimhäute möglich. Zur Behandlung wird „Ichthydidin“ verwendet, ein Nebenprodukt der Ichthyolbereitung. — Der zweite Patient zeigt fast den ganzen Körper bedeckt mit kleinen, stellenweise konfluierenden Bläschen (Pemphigus miliaris). Vor sechs und drei Jahren hatte Patient dieselbe Attacke. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Fachzeitschriften.

Dermatologisches Centralblatt.

1900. No. 5.

Die Behandlung des Unterschenkelgeschwürs mit Crurin, von Max Joseph. Auf der Suche nach den natürlichen, chemischen Schutzkräften des Organismus wandte Edinger seine Aufmerksamkeit den Rhodanverbindungen zu, wie sie im Speichel zu finden sind. Albert Mueller fand die desinfizierende Kraft derselben. Crurin wird das Chinolin-Wismut-Rhodanat genannt, ein rotgelbes, trocken aufzubewahrendes Pulver. Verfasser hat dieses Mittel bei Unterschenkelgeschwüren versucht. Bei Schmerzhaftigkeit und starker Sekretion wurden vorher einige Tage Umschläge mit essigsaurer Thonerde gemacht; bei sehr grofsen Geschwüren ein gefensterter Zinkleimverband umgelegt. Das Crurin wurde mit gleichen Teilen Amylum gemischt. Etwa sich einstellender Schmerz vergeht bald. Verfasser hält die erzielten Resultate für sehr günstige und empfiehlt daher das Crurin auf das wärmste.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Centralblatt für die Krankheiten der Harn- und Sexual-Organe.

Band XI, Heft 2.

Spastischer Verschlufs der Speiseröhre als Symptom von Harnröhreninfektion, von Grosglik. Der 74jährige Patient war vom Verfasser früher wegen Prostatahypertrophie mit inkompleter Harnretention behandelt worden; er war dann aus der Behandlung geblieben. Von anderer Seite war die Ursache des Leidens nicht erkannt worden, und so sah Verfasser ihn in einem äufserst desolaten Zustande wieder; er war vollkommen kachektisch, jede genossene Nahrung wurde rasch wieder erbrochen, ein Magenarzt stellte mittelst Sondenuntersuchung 39 cm hinter der Zahnreihe eine unpassierbare Striktur fest, die er für carcinomatös erklärte. Verfasser sah nach dem Gange der Erkrankung diese Striktur für eine spastische an, bedingt durch Harnvergiftung; der Erfolg gab ihm recht; die eingeleitete Behandlung der Urinretention mit Blasenspülungen führte rasche Herstellung des Patienten und Verschwinden der Schluckbeschwerden herbei.

Über Prostataverletzungen durch Unfall, von Oberlaender. (Schlufs aus voriger Nummer.) Was die Ätiologie der beschriebenen Fälle anlangt, so handelt es sich wohl stets um eine nicht normale Prostata; als begünstigend wirken geringes Fettpolster der Nates, tiefliegende Drüse, schlaffe Analmuskulatur. Auffallend schlecht ist die Prognose. In einem Falle ist der Prozefs nach fünfjährigem Bestehen noch nicht vernarbt. Die Therapie war wenig erfolgreich; event. kommt aufser der Funikulotomie die Ausschälung der grofsen Prostata in Betracht. *F. Hahn-Bremen.*

Monatsberichte über die Gesamtleistungen auf dem Gebiete der Krankheiten des Harn- und Sexualapparates.

Band V, Heft 2.

Zur Nachbehandlung der Lithotripsie, von S. Grosglik. Zur Blasenfüllung benutzt Verfasser Sol. Arg. nitr. (1 : 3000—2000). In aseptischen Fällen ist während

der Nachbehandlung ein exspektatives Verhalten indiziert. Wo leichte Cystitis besteht, soll dieselbe vor der Operation durch Spülungen mit obiger Lösung beseitigt werden. Wo dieses nicht gelingt, Harnretention besteht, mufs man systematische Entleerungen und Spülungen der Operation folgen lassen. Der Katheter à demeure ist absolut indiziert in Fällen starker Blutung aus der Blase und Harnröhre und bei Cystitis mit Temperatursteigerung. Nach diesen Regeln handelnd, hat Verfasser die Hälfte aller operierten Fälle (ca. 50) ohne jede lokale Nachbehandlung gelassen. Nur einmal trat Cystitis ein; es war eine Prostatahypertrophie mit Residualharn unbeachtet geblieben.

Ein neues Meatotom, von Bierhoff. Eine Modifikation des Collin-Oberländerschen Meatotoms, welches die Schnittgröfse genau vorher zu bestimmen gestattet. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle.

1899. Heft V.

Das Bacterium coli bei der Cystitis des Menschen, von Bosellini. Nach Untersuchungen des Verfassers giebt es eine Form der Cystitis bei der das Bacterium coli allein oder mit anderen Mikroorganismen vergesellschaftet vorkommt und einen eigenen, ziemlich langsamen und prognostisch schweren Verlauf zu nehmen scheint, indem die gewöhnlichen therapeutischen Mafsnahmen keinen dauernden Erfolg bei derselben aufweisen, während Cystitiden mit gewöhnlichen Eiterkokken relativ rasch verlaufen und eine günstige Prognose zeigen.

Über die anatomischen Veränderungen der Nieren nach therapeutischen Quecksilberdosen, von Gravagna. Auf Grund einer Reihe von Tierexperimenten konstatiert Verfasser, dafs bei therapeutischen Dosen von Hg-Salzen (Sozojodolat, Benzoat, Kalomel, Sublimat etc.) keine Nierenveränderungen vorkommen: keine Albuminurie, keine Nekrosen in den gewundenen und geraden Nierenkanälen, keine hyalinen oder gekörnte Cylinder.

Die Immunität gegen Syphilis und die Chemotaxis bei den Tieren, von La Mensa. Verfasser ist in seinen Untersuchungen nach der Methode von Massart und Bordet verfahren, welche dünne Glasröhrchen unter die Haut einführen, die zugelötet sind und das toxische Material enthalten, in dem spezifischen Falle Blut, Detritusmassen, Eiter etc. von Syphilitikern in den verschiedenen Perioden der Infektion. Seine Experimente hat Verfasser an Kaninchen, Hunden, Ratten vorgenommen. Die Resultate sind folgende: Der gröfste Zudrang von Leukocyten nach den Glasröhrchen fand in den Fällen statt, wo letztere mit Blut von Syphilitikern in der floriden Sekundärperiode angefüllt waren, viel geringer dagegen war dieser Zudrang da, wo die Röhrchen Material von Individuen in der Initial- oder Tertiärperiode einschlossen.

Das Bleinitrat beim weichen Schanker, von Melazzo. Verfasser hat mit diesem Salze konstant die vorzüglichsten therapeutischen Erfolge beim Ulcus molle erzielt, indem das spezifische Geschwür rasch in ein gewöhnliches umgewandelt wurde und vernarbte.

Das Bleinitrat mufs fein pulverförmig sein und wird, nachdem das Ulcus sorgfältig mit Sublimat gereinigt worden, mit dem Finger in Substanz in alle Winkel des Geschwürs hineingedrückt. Sodann wird die Umgebung des Geschwürs von dem Pulver mittelst Wattebausch gereinigt und das ganze mit einer trockenen Gazebinde verbunden. Nach dem Eintrocknen verwandelt sich das Pulver in einen Pfropfen, unter dem sich das Geschwür reinigt und ein granulierendes Aussehen erhält. Eventuell

kann am folgenden Tage eine zweite Pulverapplikation erfolgen. Die brennenden Schmerzen sind ziemlich heftig, können aber durch vorherige Kokainisierung bedeutend gemildert werden.

Über den Wert des Largins als Mittel gegen die Blennorrhoe, von ALLGEYER. Das Largin ist ein leichtes, graubraunes, in Wasser lösliches Pulver, das 11,1% Silber enthält und eine Verbindung dieses Metalles mit Protalbin darstellt. Bereits in Lösungen von 1 : 4000 tötet es sicher (in vitro) den Gonococcus innerhalb zehn Minuten. Die Resultate des Verfassers mit diesem neuen Antiblennorrhoicum stimmen mit denen von PEZZOLI und anderen überein und zeigen, dafs das Largin zwar ein sehr gutes Topikum bei Blennorrhoe, besonders in der akuten und subakuten Periode darstellt, aber noch keineswegs ein Spezifikum genannt werden kann.

Das Orthoform und sein Wert als Analgetikum bei Kalomelinjektionen, von SPRECHER. Nach den Erfahrungen des Verfassers hat sich das Orthoform nur in einer beschränkten Anzahl von Fällen als schmerzstillend bei Kalomelinjektionen erwiesen. In gewissen anderen Fällen ist es selbst gar nicht ungefährlich und hat zuweilen zu Intoxikationserscheinungen, zuweilen zu Gewebsentzündungen und Abscessen geführt.

Über die Methode des Prof. SCARENZIO bei der Behandlung der Syphilis und über die Art und Weise wie das Kalomel resorbiert wird, von CATTANEO. Verfasser betont die wichtige Rolle, welche die Leukocyten bei der Resorption des Kalomels in den Geweben spielen. Es findet nämlich, wie er sich an Experimenten überzeugen konnte, ein Zudrang dieser Zellen nach der Injektionsstelle statt; die Zellen nehmen die Kalomelkörner in sich auf und tragen sie auf dem Lymphwege weiter.

Beitrag zum Studium der Epitheliombehandlung nach der Methode von CZERNY-TRUNECECK, von DEMONTE. Verfasser stimmt nicht ganz mit der Ansicht von GINESTOUS überein, welcher in der Methode von CZERNY ein unfehlbares Mittel zur Heilung des Epithelioms erblickt. Dieselbe kann zwar in gewissen Fällen sehr gute Dienste leisten, ist aber kontraindiziert, wenn es sich um tiefgreifende Neubildungen mit Drüseninfiltration handelt; ebenso ist sie nicht anwendbar bei recidivierenden Epitheliomen, die bereits chirurgisch behandelt wurden oder wenn die Neubildung auf die Schleimhäute übergegangen ist. Dagegen kann sie bei inoperablen Fällen zur Anwendung kommen, wo sie den Prozefs etwas hintanhält und die Schmerzen lindert.

Italienische Gesellschaft für Dermatologie und Syphiligraphie. (20. bis 22. Oktober 1899.)

1899. Heft VI.

Beitrag zur Pathogenese und Therapie der periurethralen Adenitiden und Abscesse bei Blennorrhoe, von REALE. Nach der Ansicht des Verfassers kann der Gonococcus für sich allein in das periurethrale Bindegewebe und die Lymphdrüsen eindringen, wo er einen entzündlichen Prozefs und Eiterung hervorrufen kann. Dies läfst sich sowohl auf bakterioskopischem, als auf kulturellem und klinischem Wege demonstrieren.

Solche ausschliefslich durch den Gonococcus erzeugte eitrige Prozesse können durch einfache Aspiration abheilen, wenn dieselbe antiseptisch vorgenommen wird; sie mufs demnach jedesmal versucht werden.

Über einige Versuche zur Aufhebung der Chemotaxis bei Tieren durch das syphilitische Virus und dessen Toxine, von LA MENSA. Verfasser hat eine Reihe von Tieren die als gegen Syphilis immun bekannt sind — algerisches Schaf, Hund, Katze — einer Reihe von Experimenten unterzogen, dieselben andauernd

hungern und dursten lassen, sie der Kälte ausgesetzt und heftig angestrengt, um zu sehen ob sie nach einer derartigen Abschwächung des Organismus für das syphilitische Virus empfänglicher würden. Zu diesem Behufe wurden den betreffenden Tieren Kapillarröhrchen mit Detritusmassen von luetischen Produkten unter die Haut gelegt. Fast durchwegs zeigte es sich, dafs die chemotaktischen und phagocytären Eigenschaften der weifsen Blutkörperchen unversehrt und die Immunität der betreffenden Versuchstiere dem syphilitischen Gifte gegenüber unerschüttert geblieben war.

Über das chronische, nicht spezifische Ulcus der Vulva, von Fiocci und Levi. Gestützt auf eine Reihe von Fällen kommen die Verfasser zu dem Resultate, dafs es aufserhalb des venerischen und luetischen Geschwürs der äufseren Genitalien des Weibes ein nicht spezifisches Geschwür giebt, das langsam nach der Peripherie hin zunimmt, ohne besondere Beschwerden zu veranlassen und ziemlich rasch abheilt, sobald sich die Patienten einer richtigen Behandlung unterziehen. Die Ursachen der Affektion sind wenig bekannt; jedenfalls spielen Unreinlichkeit und gewisse lokale Ernährungsstörungen (Stasen z. B.) die Hauptrolle. Den Ausgangspunkt bildet oft ein seropurulenter Vaginalausfluſs, der bei mangelhafter Reinlichkeit zu einer Maceration der Gewebe führt. (Diese Affektion wurde von anderen Autoren als Esthiomène beschrieben.)

Experimentelle Untersuchungen über Urticaria, von L. Philippson. Die vorliegende Abhandlung des Verfassers bezweckt die Richtigstellung der Pathogenese der Urticaria und den Nachweis der Entstehungsart der Quaddel. Auf Grund einer Reihe von Experimenten an Menschen und Tieren kommt Ph. zu dem Resultate, dafs diese nicht die Folge einer angioneurotischen Störung ist, wie dies Kaposi behauptet hat, sondern dafs sie durch eine Gefäfsstörung zu stande kommt. Er definiert, hierauf gestützt, die Urticaria als „ein vorübergehendes Ödem, das durch gewisse Substanzen hervorgerufen wird, die eine reizende Wirkung auf die Gefäfswandungen ausüben." Unter den Tieren die gewöhnlich zu Laboratoriumsversuchen verwendet zu werden pflegen, erwiesen sich nur der Hund und die Katze als fähig Urticaria zu kontrahieren. Als urticariogene Substanzen erwiesen sich, aufser dem Safte von zusammengepreſsten Ameisen, Atropin, Morphium, Peptone, Paraphenylendiamin. Diese Substanzen wurden nun entweder mittelst eines in eine äufserst dünne Spitze auslaufenden Röhrchens durch einen leichten Stich (den Stich gewisser Insekten nachahmend) in die Haut in ganz minimaler Menge gebracht, oder aber in die Venen oder Arterien injiziert. Die Folge davon war durchwegs die Entstehung von Rötung der Haut in einem mehr oder weniger weiten Bezirke und eines circumscripten Ödems, der Quaddel. Um nun den Nachweis zu leisten, dafs diese Veränderung nicht infolge von nervösen Einflüssen zu stande komme, praktizierte Ph. die Inokulationen oder endovasalen Injektionen der Substanzen nach vorhergehender Sektion des cervikalen Sympathikus (bei Experimenten am Ohre), Exstirpation des Ganglion cervic. sup. oder des ganzen Bauchsympathikus (bei Experimenten am Beine), oder endlich nach Sektion der sensiblen Nerven des betreffenden Versuchsbezirkes; der Versuch wurde auch mit Leprakranken in der anästhetischen Periode gemacht. Trotz dieser Ausschaltung des Nervensystems kam es dennoch zur Bildung von Quaddeln mit oder ohne mehr oder weniger starker Rötung der Haut.

Mit der Unnaschen Theorie, wonach die Bildung der Quaddel mit einer Kontraktion der Venen des befallenen Gebietes beginnt, erklärt er sich ebenfalls nicht einverstanden, indem nach seinen Experimenten nicht eine Kontraktion sondern im Gegenteil eine Dilatation der Venen stattfindet.

Andererseits erklärt er sich mit der Klassifikation der Dermatosen einverstanden, welche die Urticaria neben die Erytheme stellt (mit Ausschluſs der angioneurotischen

Theorie). Beide Prozesse zeichnen sich dadurch aus, daſs sie durch eine Veränderung der Gefäſswandungen zu stande kommen, welche Veränderungen durch Toxine verursacht werden, die im Blute zirkulieren und in die Haut auf embolischem Wege gelangen. *C. Müller-Genf.*

Bollettino delle malattie veneree, sifilitiche e della pelle.
1899/1900. Heft 1 und 2.

Diese in ihrem ersten Jahrgange erscheinende Fachzeitschrift wird von Vincenzo d'Amato redigiert und erscheint monatlich einmal, 24 Seiten stark. Die ersten Hefte enthalten unter anderen einen Originalartikel von C. Rocca:

Hämatologische Untersuchungen über die Purpura haemorrhagica. Der Fall betrifft einen 27jährigen Mann, der an Malaria laborierte und bei dem sich eine typische Purpura ausbildete. Verfasser schlieſst daraus, daſs die Malaria schwere Störungen im Gefäſssystem hervorrufen kann, dessen Wandungen weniger widerstandsfähig werden und die Blutkörperchen durchlassen. Die Malaria muſs somit neben den anderen Infektionskrankheiten als eine prädisponierende Ursache der Purpura betrachtet werden.

Über Pikrinsäureinstillationen bei der chronischen Urethritis. Die Pikrinsäure findet in den Fällen ihre Indikation, wo der Gonococcus aus dem Urethralsekret bereits verschwunden ist. Es werden mittelst Guyonscher Spritze ca 1—4 ccm einer 1—2%igen Pikrinsäurelösung in die Harnröhre injiziert (Desnos und Guillon). Es wird bloſs ein kurzdauerndes, sehr erträgliches Brennen empfunden. Contraindiziert ist die Pikrinsäure in den akuten Fällen und den akuten Rekrudescenzen einer chronischen Urethritis. Auch bei chronischen tuberkulösen Urethritiden mit atonischem Verlaufe findet die Pikrinsäure ihre Anwendung.

1900. Heft 3.

Para- oder postsyphilitische Läsionen des Larynx? von Trifiletti. Dieser in der italienischen Gesellschaft für Laryngologie, Otologie und Rhinologie (Rom, Oktober 1899) gehaltene Vortrag dreht sich um die ziemlich müſsig erscheinende Frage, ob gewisse im Gefolge von Syphilis auftretende aber nicht mehr unter der direkten Wirkung des spezifischen Virus stehende Läsionen des Larynx (narbige Stenosen, gummöse Perichondritis, Ankylosen der Kriko-Arytaenoidgelenke etc.) als parasyphilitische Läsionen im Sinne Fourniers oder aber als postsyphilitische zu betrachten seien und entscheidet sich in letzterem Sinne.

Histologie der Haut. Definition und Nomenklatur der Epidermisschichten des Menschen und der Tiere, von L. Ranvier. (Académie des Sciences de Paris. Januar 1899.) Diese Arbeit, welche eine ausführliche histologische Beschreibung der Epidermis darstellt, aber nichts wesentlich neues bringt, erschien in *Ann. de Derm. et de Syphiligraphie.* 1899. No. 11. *C. Müller-Genf.*

Bücherbesprechungen.

Die Sabouraudsche Seborrhoe, von Luise Petit. (Jouve & Boyer. Paris, 1899.) Die Verfasserin hat es sich zur Aufgabe gemacht, eine zusammenfassende Darstellung der Lehre ihres Lehrers Sabouraud von der fetten Seborrhoe, nach klinischen, pathologisch-anatomischen und ätiologischen Gesichtspunkten zu geben. Es ist ihr auch geglückt, den Sabouraudschen Standpunkt klar und präcis darzulegen, und insofern kann man die Schrift wohl als eine wertvolle Arbeit betrachten. Die Behandlung des Stoffes zerfällt in vier Kapitel, die Seborrhoe selbst, deren Komplikation und ihre Behandlung. Dazwischen eingeschoben ist ein historischer Rückblick, der sich auch mit den Lehren anderer früherer und jetzt lebender Autoren über Seborrhoe beschäftigt. Die Verfasserin resumiert sich etwa folgendermafsen: Alle seborrhoischen Prozesse bilden, was Symptomatologie, anatomische Pathologie wie Mikrobiologie anbelangt, eine Krankheitsentität und charakterisieren sich durch fettige Absonderung, Erweiterung der Poren, Verstopfung der Öffnungen der Glandulae sebaceae durch einen wurmförmigen Fettcylinder und sekundären Haarausfall. Der Krankheitserreger **scheint** ein besonderes und stets im Mittelpunkt des die anatomische Läsion bildenden Pfropfes vorkommendes Mikrobion zu sein — der Mikrobacillus der Seborrhoe. Die Krankheit kann spontan vergehen, zuweilen folgt sie auf andere mikrobische Prozesse; es schliefsen sich jedoch auch Sekundärinfektionen häufig an sie an, die ohne die primäre Affektion scheinbar nicht zu entstehen vermögen. „Zu trennen ist die Seborrhoe scharf von der Akne und der Pityriasis capillitii sowie den seborrhoischen Ekzemen. — Die Art der Beschreibung ist durchsichtig und geläufig; in der Vorrede fällt die Betonung des besonderen Wertes gerade der französischen Wissenschaft unangenehm auf: „C'est d'ailleurs une caractéristique de l'esprit français que de mettre en toutes choses de l'ordre et de la charté." *Hopf-Dresden.*

Allgemeine Therapie der Krankheiten der Harnorgane, von L. Casper-Berlin. Abteilung 6 des *Lehrbuchs der Allg. Therap. u. d. therap. Methodik* von Eulenburg und Samuel. (Urban & Schwarzenberg. Berlin-Wien, 1899.) Die „Therapie der Krankheiten der Harnorgane", welche Casper in die Kapitel: Prophylaxe, Hygiene und Diätetik, Medikamentöse Behandlung, Lokaltherapeutische Mafsnahmen und Operative Therapie einteilt, erfüllt in vortrefflicher Weise ihren Zweck, dem praktischen Arzte das Wissenswerte aus dem so überaus wichtigen Gebiete der Urologie vorzuführen. Der Stil ist prägnant und klar, der vortreffliche Inhalt wird durch eine Anzahl von Holzschnitten erläutert. *Hopf-Dresden.*

Allgemeine Therapie der ansteckenden Geschlechtskrankheiten, von Caspary-Königsberg. Abteilung 7 des *Lehrbuchs der Allg. Therap. u. d. therap. Methodik* von Eulenburg und Samuel. (Urban & Schwarzenberg. Berlin-Wien, 1899.) Der Verfasser leitet seine Therapie der Geschlechtskrankheiten — der Titel „der ansteckenden Geschlechtskrankheiten" erweckt falsche Vorstellungen — mit einem historischen Rückblick auf die Entwickelung der Lehre von der Differenz des Ulcus molle, der Syphilis und der Gonorrhoe ein. Des weiteren bespricht er die Therapie früherer Zeiten und des heutigen Tages für die drei Affektionen getrennt durch, indem er auch die klinische Pathologie kurz berücksichtigt. In der Behandlung des Primäraffektes redet Caspary der frühzeitigen Excision desselben das Wort, obwohl

wie er zugiebt niemals von ihm ein Ausbleiben sekundärer Symptome darauf erfolgt ist. Er warnt besonders vor der Hutchinsonschen Gepflogenheit, die Syphilis vor Ausbruch der Allgemeinerscheinungen mit Merkur zu behandeln, weil beim Zurückgehen des „Primäraffekts“ und auch der Drüsen gleichwohl keine Garantie für die Sicherheit der Diagnose Lues erreicht, vielmehr für die spätere Zeit eine bedauerliche Unklarheit für Prognose und soziale Ereignisse geschaffen wird. Dem Vorgange Fourniers und Neissers, eine vierjährige Merkurmedikation bei Lues zu inaugurieren, möchte Caspary aus dem Grunde nicht beitreten, weil er diese Methode nicht für sicher genug hält, um die so reichliche und doch gewifs nicht gleichgültige Zufuhr von Quecksilber ohne Bedenken aufzuwiegen. Etwas kurz erscheinen dem Referenten die drei Jahre, die der Verfasser als nach der Infektion vergangen fordert, ehe Verheiratung erfolgen dürfe.

Die Kapitel: weicher Schanker und Tripper umfassen alles Wissenswerte und sind sehr instruktiv gehalten. *Hopf-Dresden.*

Mitteilungen aus der Litteratur.

Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

Dauerspülung der Blase nach Cystotomia suprapubica, von Fort. (*Indépendance medicale.* 1899. pag. 234.) Verfasser berichtet den Fall eines Mannes mit Blasenstein, bei dem er nach der suprapubischen Cystotomie und Entfernung des taubeneigrofsen Steines eine dauernde Spülung der Blase vornahm. Es ist das der zwölfte Fall, wo Fort nach dem gleichen Schema vorgegangen ist. Ein Katheter zum Abfluſs wird nach der Operation in der Harnröhre bis zur Blase vorgeführt, während durch einen die Bauchwunde passierenden zweiten Katheter folgende Flüssigkeit

Acid. boric.	30,00
Ac. carbol. liquef.	1,00
Sublimat.	0,05
Aq. dest.	1000,00

ununterbrochen der Blase in der Stärke zugeführt, dafs pro Minute 50 Tropfen durchliefen. Der Patient liegt dabei im Bett. Der Wundverlauf war in allen zwölf Fällen normal, da eine Harninfiltration der Blasen-Bauchwunde ausgeschlossen ist. Im vorliegenden Falle konnte schon am sechsten Tage nach der Operation der abdominale Katheter entfernt werden, bis zum zwölften Tage darnach traten zwar bei in Thätigkeitstreten der Bauchpresse noch einige Tropfen Urin durch die Bauchwunde durch, später aber nicht mehr. Verfasser empfiehlt diese Art der Dauerspülung mittelst doppelten Katheters den Kollegen zur Nachahmung und Nachprüfung.

Hopf-Dresden.

Die Harnblasenwaschungen und ihre Beziehung zur Absorption, von Barbiani. (*Rif. med.* 1899. No. 36.) Verfasser hat Lösungen von zehn verschiedenen Substanzen in die Harnblase injiziert und dabei konstatiert, dafs von allen denselben nach der ersten Ausspülung nur das Jodkalium absorbiert wurde. Wiederholte Ausspülungen führen aber zu solchen Veränderungen in den Blasenepithelien, dafs diese den Durchgang der eingeführten chemischen Substanzen nicht mehr zu verhindern vermögen. Daher rühren die sich widersprechenden Mitteilungen der verschiedenen

Autoren über diese Frage. Das gesunde Blasenepithel läfst keine Resorption fremder Substanzen zu. Der Verlust der Undurchlässigkeit ist wahrscheinlich eine Folge des mechanischen Reizes, welchen die Ausspülung auf die Blasenschleimhaut ausübt. Es wurde nämlich in vier Fällen gekochtes, destilliertes Wasser in die Blase injiziert. Als 24 Stunden danach eine Ausspülung mit Lösungen aktiver Substanzen gemacht wurde, erfolgte die Resorption bereits bei der ersten Ausspülung.

C. Müller-Genf.

Tuberkulöse Blase, wesentliche Besserung durch hydraulische Erweiterung, von W. H. Battle. (*Lancet.* 9. Dez. 1899.) Ein 22jähriger Mann, erblich belastet mit Epididymitis, Wirbelcaries und bacillenhaltigem Urin, wurde wegen fortwährenden Urindrangs mit Eingiefsungen von Borlösung in die Blase bis zur möglichsten Ausdehnung derselben behandelt. Die Behandlung wurde 10 bis 12 Wochen lang fortgesetzt, wobei sich eine wesentliche Besserung konstatieren liefs. *Philippi-Itzehoe.*

Drainage der Blase durch einen Katheter in der Harnröhre, von Cabot. (*St. Paul med. Journ.* Sept. 1899.) Verfasser empfiehlt bei den verschiedensten Erkrankungsformen des Urogenitalapparates die Drainage der Blase durch einen weichen roten Gummikatheter, der am besten nie zugestopft wird, sondern permanent offen ein ständiges Abtropfen des Urins in ein untergestelltes Glas gewährleistet. In Betracht kommt diese Behandlung, die sehr gut ertragen wird, bei Verletzungen der Harnröhre, um sie vor Urinbenetzung zu schützen, vor allem bei falschen Wegen, ferner bei Retentio infolge von Prostatahypertrophie, vor allem hier bei Überdehnung der Blase, endlich auch bei Nierenbeckenerweiterung und Pyelitis, bedingt durch Rückstauung bei mangelhaftem Abfluſs infolge von Strikturen, Prostatahypertrophie etc. *F. Hahn-Bremen.*

Nochmals zur Frage der Harnblasendrainage, von Kaczkowski. (*Centralbl. f. Chir.* 1899. No. 21.) Der Verfasser, nach dessen Ansicht die meisten Todesfälle nach Sectio alta durch Harninfiltration verursacht werden, hat vor einiger Zeit (cfr. *Centralbl. f. Chir.* 1899. No. 11) eine neue Methode der Harnblasendrainage angegeben, die mit gröfserer Sicherheit als die bisher üblichen Methoden eine Harninfiltration verhüten sollte. Diese Methode besteht in der Einführung eines die Wunde verschliefsenden Gummiballons, durch den der Harn mit Hülfe eines Bunsenschen Aspirators tropfenweise aus der Blase entleert wird. Dem gegenüber behauptete nun Zuckerkandl (cfr. *Centralbl. f. Chir.* 1899. No. 16), dafs Harninfiltration nach Sectio alta zu den gröfsten Seltenheiten gehöre und nach seinen Erfahrungen niemals den letalen Ausgang bedinge, dafs ferner die Leistungsfähigkeit der Dittelschen Heberdrainage die Einführung einer neuen Methode der Harnblasendrainage vollständig überflüssig mache. Darauf erwidert nun Kaczkowski, dafs Harnblaseninfiltration nach Sectio alta, wie die Statistiken mehrerer Autoren beweisen, durchaus nicht zu den Seltenheiten gehört und thatsächlich die häufigste Todesursache nach der Operation ist, dafs ferner das Dittelsche Verfahren durchaus nicht alle Chirurgen befriedigt hat. Das vom Verfasser angegebene neue Verfahren wurde bis jetzt bei drei Kranken mit ausgezeichnetem Erfolg angewendet; der Apparat funktioniert tadellos.

Götz-München.

Experimentelle Studien über den Reflexmechanismus der Harnblase, von Alfons Hanč. (*Wien. klin. Rundsch.* 1899). Bei einfacher Blasenfüllung und konstanter Reizstärke bei Reizung eines sensiblen Nerven äufsert sich die Wirkung in der Höhe der Blutdrucksteigerung, in der Gröfse der Detrusorkontraktionen und in der Menge des sich entleerenden Blaseninhalts. Letztere ist aber noch abhängig von

dem Grade der Sphinkteröffnung. Letztere ist von der jeweiligen Detrusorwirkung unabhängig, denn das Verhältnis zwischen Blasendruck und Ausflufsmenge ist ein sehr veränderliches.

Zuführung von Morphium bewirkt Verminderung des Blasendrucks und der Ausflufsmenge, zum Schlufs Erlöschen des Sphinkterenreflexes. — Chloral ruft sofort Erlöschen des Sphinkterenreflexes ohne Alteration des Blasendrucks hervor, später Erlöschen beider Reflexe hervor; letzteres bewirkt auch Atropin. Kokain hat eine leichte Abnahme des Blasendrucks und der Ausflufsmenge zur Folge. Strychnin hat eine sehr verschiedene Wirkungsweise, ebenso Muskarin und Nikotin. — Aus seinen Versuchen folgert der Verfasser, dafs der erhöhte Blasendruck allein nicht im stande ist, den Sphinkter zu öffnen; dazu gehört eine besondere Beeinflussung von Nerven. Für Detrusor und Sphinkter mufs es isolierte Centren geben, deren Erregbarkeit eine verschiedene ist. Die peripheren Nervenapparate des Detrusors und Sphinkters können auch direkt durch Gifte gereizt werden. — Auch über kombinierte Giftwirkungen experimentierte der Verfasser. Er fand, dafs Strychnin den durch Chloral erloschenen Sphinkterreflex wieder herstellen kann und umgekehrt. Wo Strychnin oder Atropin den Sphinkterreflex vernichtet, stellt Muskarin ihn wieder her.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Ein Fall von rechtseitiger Verlagerung der Blase mit Darmobstruktion, von C. Carr-St. Japo, Cuba. (*New York med. journ.* 3. Juni 1899.) Es handelte sich um einen 44jährigen Offizier der amerikanischen Armee, welcher einige Monate nach einem Malariaanfall von heftiger Ischias, Harnbeschwerden (Harndrang und gleichzeitige Retention) und ganz aufserordentlich hartnäckiger Obstipation befallen wurde. In der rechten Fossa iliaca trat auch ein ständig wachsender Tumor auf, welcher schliefslich bis zur Nabelhöhe reichte und sehr schmerzhaft war; konstantes Harnträufeln trat endlich noch hinzu. Nachdem die Obstipation mit allen Mitteln zu beheben vergeblich versucht worden war, wurde die Diagnose Darmobstruktion gestellt und zur Laparatomie bereits geschritten. Der zuvor vorgenommene Katheterismus der Harnröhre lieferte eine aufserordentlich grofse Menge Urins zu Tage, die Schmerzen liefsen nach, die Laparatomie unterblieb, der Katheterismus wurde mit Erfolg wiederholt, die Blase irrigiert, Einläufe in den Mastdarm und innerlich Glaubersalz behoben auch die Obstipation; die immer noch periodisch auftretende heftige Ischias machte den Malariaursprung derselben wahrscheinlich. Patient erholte sich schliefslich so gut, dafs er des Morphiums nachts entbehren und seinen Urin ohne Katheter entleeren konnte. Die auffallendste Thatsache an diesem Falle war die Verlagerung der Blase, welche entweder angeboren oder durch pathologische Verhältnisse erworben war. Wie sehr solche Abnormitäten den Diagnostiker irreführen können, beweist vorliegender Fall, für welchen C. kein Analogon in der Litteratur finden konnte.

Stern-München.

Über einen Fall von sekundärer Hydronephrose infolge von Blasenpapillom, von Krahn. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1899. No. 39.) Der Patient hatte seit ca. 5 Jahren gelegentlich schmerzlosen Blutabgang mit dem Urin bemerkt, schon vor $^3/_4$ Jahren war die Diagnose auf Papillom der Blase an der rechten Urethralmündung gestellt, das entweder durch Stauung zu einer Hydronephrose geführt hatte oder als Metastase eines Nierentumors aufzufassen war. Bei der Operation liefs sich durch Sectio alta ein fast hühnereigrofser Tumor entfernen, der sich mikroskopisch als gutartiges Papillom der Blase erwies; Naht der Blase, Drainage nach oben und unten und reaktionslose Heilung; der Urin enthielt nach und nach immer weniger rote Blutkörperchen und der Tumor der rechten Lendengegend schwand allmählich, erwies sich somit als Hydronephrose.

F. Hahn-Bremen.

Über zwei Fälle von Blasentumoren mit Beseitigung durch den Bauchschnitt, von Loumeau-Paris. (*Ann. de Policlinique.* Sept. 1899.) Beschreibung des operativen Vorgehens bei zwei Fällen von gestieltem Epitheliom der Harnblase. Glatte Heilung nach vollständiger primärer Blasennaht und Einlegung prävesikaler Drains und Dauersonden. Die Festigkeit und Dichtigkeit der Blasennaht wird durch unter Druck erfolgende Einspritzung von Borwasser durch den Dauerkatheter erprobt.

Hopf-Dresden.

Ursachen der Retentio urinae beim Manne und ihre Behandlung, von Horwitz. (*Intern. med. Mag.* Sept. 1899.) Schon das Alter des Patienten giebt uns einen Fingerzeig über die Ursachen der Retentio: bei Neugeborenen wird es sich um eine enge Phimose oder um eine angeborene Atresie handeln. Bei jüngeren Kindern handelt es sich wohl meist um Fremdkörper in der Harnröhre oder um allgemeine Schwäche der Muskulatur nach fieberhaften Erkrankungen. Bei jugendlichen Individuen ist die Blennorrhoe meist als Ursache anzusprechen, und zwar, wenn sie zwischen 25 und 45 Jahren sind, sind Strikturen als Ursache anzunehmen. In höheren Jahren ist sodann die Prostatahypertrophie diejenige Erkrankung, die meistens die Retentio hervorruft. *F. Hahn-Bremen.*

Ein merkwürdiger Fall von Incontinentia urinae während des Beischlafs. von Farez. (*Indépendance méd.* 1899. pag. 244.) Verfasser berichtet von einer hysterischen 30jährigen Frau, seit 10 Jahren verheiratet, Mutter zweier Knaben, die an spasmotischen Miktionen während des Coitus leidet. Während der ersten Jahre der Ehe kalt gegen die Umarmungen ihres Gatten, empfindet sie zum ersten Mal in den Armen eines Geliebten eine wirkliche Libido sexualis. Seit der Zeit gewinnt sie dem ehelichen Verkehr Geschmack ab. Diese Libido steigert sich allmählich so, dafs die hysterisch veranlagte Frau während des Kulminationspunktes der Beiwohnung Zuckungen, Krämpfe, ja Bewufstlosigkeit bekommt. Aufserdem entleert sie auf der Höhe des Aktes, nicht während der ganzen Dauer desselben in mehreren Stöfsen eine reichliche Menge Urin. Die Folge davon ist Abneigung des Mannes gegen den ehelichen Verkehr, Zwist und Unfrieden. Ursache der merkwürdigen spastischen Blasenentleerung ist der gefüllte Zustand der Blase, Veranlassung die Hysterie. Auf Befragen des Arztes giebt die Patientin an, dafs sie ihre Blase beim Schlafengehen, also vor der Zeit des Coitus, nicht zu entleeren vermöge, weil ihr Gatte im Zimmer sei. — Bégaiement urinaire. Letzteres und damit der fatale Vorgang während des Beischlafs wird endgültig vom Verfasser geheilt durch drei hypnotische Sitzungen.

Hopf-Dresden.

Antinosin bei der Behandlung von Enuresis, Cystitis und Urethritis, von R. F. Amyx-St. Louis. (*New York med. journ.* 3. Juni 1899.) Von den drei genau beschriebenen Fällen betraf der erste einen 28jährigen Arbeiter mit Cystitis und Enuresis, welch letztere bereits ohne Erfolg mit allen möglichen Mitteln behandelt worden war. Eine 2%ige Antinosinlösung, täglich sechs Wochen hindurch in die Blase irrigiert, brachte die Cystitis zum Stillstand, die Enuresis verschwand blos auf kurze Zeit, um, wenn auch nicht so ausgeprägt wie früher, wieder zu erscheinen. Nun wurde, da der Harn völlig rein blieb, nur die vordere Harnröhre irrigiert, und zwar zwei Wochen zweimal täglich (morgens und abends), nach fünf Tagen schon war die Enuresis verschwunden und es trat nun dauernde Heilung ein; wenigstens blieb Patient nun vier Monate von Enuresis wie Cystitis völlig verschont. Im zweiten Falle war eine nach Strikturoperation entstandene Cystitis bei einem 35jährigen Arbeiter vorhanden, nach zwölftägiger Irrigation mit 2%igem Antinosin war Heilung eingetreten. Im dritten Falle, welcher einen 65jährigen Neger betraf und wo eine

Komplikation von Cystitis mit Nephritis und Strikturen vorhanden waren, wurde nur vorübergehende Besserung erzielt. Diese günstigen Erfahrungen wurden auch von anderen Assistenten am Stadtkrankenhaus von St. Louis gemacht und Amyx hebt als besonderen Vorzug des Antinosins dessen völlige Ungiftigkeit hervor; anstatt reizend wirkt es beruhigend und ein weiterer grofser Vorteil ist die aufserordentlich rasche Wirkung, welche auch eine bleibende ist. Es scheint also mit dem „tuto, cito und jucunde" das Ideal eines Heilmittels zu sein. *Stern-München.*

Über Retention der Hoden mit Anführung von Fällen, von L. L. Hill in Montgomery. (*Med. News,* 12. Aug. 1899.) In den allgemeinen Betrachtungen über den embryologischen Vorgang des Kryptorchismus, der, wie bekannt, meist im Zurückbleiben der Hoden innerhalb des Perineums oder auch ausserhalb des Leistenringes (mit gleichzeitiger Hernie) besteht, führt H. an, dafs bei diesem Zustand meist Kopulationsfähigkeit, aber Sterilität vorhanden ist, als häufigste Ursache der abdominalen Retention intra-uterine Peritonitis angenommen wird, und der Statistik nach beim rechten Testikel dieser Zustand häufiger ist wie beim linken. Von den drei Fällen, welche H. beobachtete, betrafen zwei erwachsene Männer im Alter von 24 resp. 25 Jahren, der dritte einen Knaben von 6 Jahren, und wurden alle drei mit Erfolg operiert. Im ersten Falle wurde ein unentwickeltes Scrotum und ein im Leistenkanal befindlicher Hoden gefunden, der mit unreduzierbarer Bubonocele kompliziert war; Hernie ist eine der häufigsten Komplikationen dieser Form von Hodenretention und besonders gefährlich wegen der Neigung zu Strangulation. Die Operation bestand hier darin, die Retentio inguinalis in eine iliaca zu verwandeln und, soweit möglich, nach der Methode von Bassini die Einschnürungsgefahr der Hernie zu beseitigen. Im zweiten Falle waren beide Hoden im Inguinalkanal beiderseits zurückgeblieben, von der Hälfte der normalen Grösse und wegen ihrer exponierten Lage häufigen Verletzungen ausgesetzt. Es wurde die Transplantation beider Testikel in das unentwickelte Scrotum vorgenommen, und Hoden und Hodensack entwickelten sich nach der Operation zu normaler Gröfse. Beim dritten Falle wurde der rechte Hoden nach derselben Methode transplantiert; nach der Operation hörten auch vollständig die epileptischen Anfälle auf, welche der Knabe vorher bei jedem die Hoden betreffenden Trauma hatte (Reflexepilepsie). Schliefslich hebt H. die Wichtigkeit hervor, wenn irgend möglich, diese Operationen vor dem Pubertätsalter auszuführen.

Stern-München.

Ein Fall von Thrombophlebitis des Samenstranges, behandelt mit Phlebektomie, von Longuet-Paris. (*Presse méd.* 20. Sept. 1899.) Abgesehen von den Infektionen der Venen des Samenstranges bei Varicocceleoperationen der vorhistorischen Zeit giebt es in der Litteratur nur 5 Berichte über Fälle von Phlebitis des Samenstranges. Verfasser vermehrt deren Zahl durch einen weiteren Fall. Es handelt sich um einen 38jährigen, sonst gesunden Mann, der plötzlich mit Schmerzen in der linken Hodenseite erkrankte, die zuweilen exacerbierend bis zu der Nierengegend ausstrahlten. In zwei Tagen erreichten die Beschwerden ihre Höhe und blieben dann stationär. Niemals wurden sie jedoch überakut und unerträglich. Am dritten Tage cylindrische, längliche Schwellung im linken Anteil des Hodensacks, die aufwärts steigend zunahm und sehr empfindlich gegen Druck war. Kein Fieber, kein Frost. Angeblich keine Gonorrhoe, Syphilis oder Tuberkulose in den Antecedentien, aber kurz vor der Erkrankung eine leichte Angina. Die erkrankte Gegend ist etwas entzündlich, kupferrot getärbt. Längs des Samenstranges vom Nebenhodenschwanz bis in den Leistenkanal läfst sich deutlich zwischen den übrigen Gebilden ein harter Strang palpieren, der nach oben und unten schwächer werdend, an seiner stärksten Stelle,

etwa in der Mitte des Leistenstranges, dem mehrfachen Umfang eines Funiculus im gesunden Zustand entspricht. Von den übrigen Gebilden des Samenstranges läfst sich die geschlängelte Schwellung gut differenzieren. Die Konsistenz ist teigig, mittelhart. Leistendrüsen frei. Keinerlei Hernienanlage. Keine Varicen am übrigen Körper, keine Hämorrhoiden noch Gicht. Diagnose: Thrombophlebitis des Samenstranges. Bei der Operation findet sich 5 cm nach einwärts vom Eingang des Leistenkanals eine Stelle, wo mit einem Male die erkrankte Vene in gesunden Zustand übergeht. Unterbindung daselbst. Durchtrennung der Vene und allmähliche Ablösung derselben bis zum Nebenhoden herab. Es bestehen einige intimere Verbindungen mit dem Vas deferens, zu dem die erkrankte, veränderte Blutader zu gehören schien. Am unteren Ende erfolgt abermalige Unterbindung. Heilung in 10 Tagen. Die Länge des entfernten Venenstückes betrug 25, beziehentlich im gerollten Zustand 20 cm. Unter den beobachteten 6 Fällen von Samenstrangthrombose war viermal die linke, einmal die linke und rechte Seite beteiligt. Da die Varicocele ebenfalls in der Mehrzahl links sitzen, kann man wohl daran denken, dafs beide Affektionen derselben Noxe ihre Entstehung verdanken. Das eine Mal führt dieselbe zur mehr chronischen Varicocele, das andere Mal zur Thrombophlebitis des Samenstranges. Die Einwanderung von Keimen erfolgt entweder von Nachbarorganen her oder auf dem Blutwege. (Angina in unserem Falle.) *Hopf-Dresden.*

Die Varicocele und ihre Behandlung, von Tuffier-Paris. (*Presse méd.* 20. Sept. 1899.) Verfasser betont, dafs es klinisch und anatomisch ganz verschiedene Formen der Varicocele giebt, die differente Behandlung erfordern. Es ist zu unterscheiden die einfache venöse Ektasie mit normaler Gröfse und Länge des Scrotums und Intaktheit desselben, die Orchidoptose mit stark verlängertem Hodensack und verdünnten Wänden desselben, und eine gemischte Form. Die subjektiven Beschwerden stehen oft in keinem Verhältnis zu der Ausbreitung der Varicocele. Man darf sich bei der Untersuchung eines solchen Krampfaderbruches nie auf die lokale Inspektion beschränken. Selten ist das gleichzeitige Vorhandensein von Hernien, die oft als einen Druck auf die Venen ausübend für die Ursache von Varicocelenbildung angesehen wird. Häufiger coincidieren Magenerweiterung, Varicen der Beine, Mastdarmvorfall, Neurasthenie u. a. Verschieden wie die Art der Varicocele mufs auch die Behandlung sein. Entweder genügt es, neben Bandagen die letzterwähnten Leiden in Angriff zu nehmen, oder man wird bei der venösen Ektasie die dilatierten Venen ein Stück weit resecieren, nur mufs man Vas deferens und Arteria spermatica gut davon differenzieren. Andererseits wird bei der Orchidoptose eine Resektion der übermäfsig langen Scrotalhaut Wunder wirken. Bei der Varicocele mixta ist eine Kombination beider Operationsmethoden angezeigt. *Hopf-Dresden.*

Die Epididymo-Funiculectomie und ihre Bedeutung in der Therapie der Hodentuberkulose, von Platon-Marseille. (*Presse méd.*, 6. Sept. 1899.) Verfasser glaubt, dafs man mit Rücksicht auf die Wichtigkeit der Hodendrüse die Ablation des Hodens so viel wie angängig vermeiden sollte. Zwar läfst er den verschiedenen chirurgischen Methoden eingreifender Art Gerechtigkeit widerfahren, glaubt auch nicht an eine Generalisation der Tuberkulose durch den blutigen Eingriff, noch verwirft er ihn wegen seiner Schwere, aber aus zuerst angegebenem Grunde tritt er dafür ein, den Nebenhoden und doch meist am schlimmsten befallenen Samenstrang allein zu exstirpieren, den Hoden selbst aber möglichst zu konservieren. Auch haben angesehene o rscher auf die Störungen der Gehirn- und Gemütsthätigkeit bei Kastrierten hingewiesen, ganz abgesehen davon, dafs auch die gänzliche Entfernung eines Hodens den der anderen Seite keineswegs vor Recidiven schützt. Man wird diesen Er-

wägungen besonders Raum geben müssen, wenn es sich um Leute mit nervöser Veranlagung oder solche handelt, die grofsen Wert auf die Erhaltung ihrer Zeugungsfähigkeit legen, während natürlich andererseits ausgedehnte käsige Herde, und auch weniger ausgebreitete bei Leuten der arbeitenden Klasse, einen eingreifenden chirurgischen Schritt erheischen. Ist die Entfernung des Hodens dann wirklich zur Notwendigkeit geworden, so nehme man seine Zuflucht zu den auf die Gemüts- und Nervenzustände heilsam einwirkenden Prothesen aus Silber (Tuffier), Celluloid (Weis, Guiteras), Marmor (Demons) oder Seide (Loumeau). Die Epididymo-Funiculectomie wurde von berufener Seite empfohlen, da Guyon, Lancereaux und andere Autoren festgestellt hatten, dafs der Tuberkelbacillus in den meisten Fällen von den Samenbläschen aus durch den Samenstrang in Nebenhoden und erst später in den Hoden einwandert. Diese Operationsmethode, die den Hoden selbst und seine ernährenden Gefäfse konserviert, wurde 1880 von Bardenheuer zum ersten Male ausgeführt, in Frankreich führte sie 1889 Villeneuve-Marseille ein. Die Vorteile bei diesem chirurgischen Vorgehen sind folgende: Erhaltung der Hodendrüse und Ausbleiben der Atrophisierung derselben. Erhaltung der Libido und Potentia sexualis. (Ejaculation trotz doppelseitiger Operation, allerdings nur schleimiger Flüssigkeit.) Der Operation wird vom Kranken leicht zugestimmt. Sie ist bei einiger Übung leicht auszuführen.

Hopf-Dresden.

Über primäre Prostatatuberkulose, von Georg Kapsammer. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1899. No. 42.) Drei Fälle von Prostatatuberkulose werden berichtet. Aus diesen, wie aus den in der Litteratur niedergelegten Beobachtungen geht etwa folgendes hervor. Die Infektion erfolgt gewöhnlich auf dem Blutwege durch Ansiedelung der Bacillen in der durch irgend welche Schädlichkeiten zum Locus minoris resistentiae gewordenen Prostata. Als klinische Symptome können auftreten: Schmerzen in der Perinealgegend, Tenesmus, schmerzhafte, auch blutige Ejaculationen, Harnträufeln. Der Nachweis von Tuberkelbacillen im Prostatasekret ist natürlich das wichtigste. Das Leiden kann ausheilen, etwa durch Verkalkung, zu tuberkulösen Abscessen führen, die nach verschiedenen Richtungen (Blase, Darm, Damm etc.) durchbrechen können. Der Durchbruch nach dem Rectum scheint zu prävalieren; man beugt dem am besten durch Eröffnung vom Damm aus vor. — Nicht selten entwickelt sich Miliartuberkulose im Anschlufs an Prostataabscesse.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Zur Kasuistik der Prostataverletzungen, von Oberländer-Dresden. (Festschrift zur Feier des 50jährigen Bestehens des Stadtkrankenhauses zu Dresden. Dresden. W. Baensch. 1899.) Verfasser stellt 4 Fälle von Verletzungen der Prostata durch Fall auf das Gesäfs fest. Höchst wahrscheinlich handelt es sich in allen Fällen um intrakapsuläre Zerreifsungen des Drüsengewebes. Die Krankheit der Prostata, welche sich an das Trauma anschlofs, bestand in chronischen Entzündungen, zum Teil abscedierender Art. Die Therapie war gröfstenteils erfolglos, nur in einem Falle gelang eine völlige Heilung. Drei Fälle erzielten volle Unfallrente. Oberländer ist der Ansicht, dafs zum Entstehen solcher traumatischen Verletzungen der Prostata pathologische Verhältnisse der Drüse gehören, die allerdings dem Träger des Leidens unbewufst bleiben können. Ätiologisch spielen dabei Masturbation in der Jugend, übermäfsiger Geschlechtsverkehr und Coitus interruptus eine gewisse Rolle. Die Prognose der traumatischen Verletzungen der Vorsteherdrüse ist keine günstige. Oberländer schlägt in solchen geeigneten Fällen die Totalexstirpation der Prostata vor. In einem der 4 Fälle brachte die Kastration eine gewisse Besserung der chronischen Beschwerden.

Hopf-Dresden.

Im ärztlichen Verein München (*Münch. med. Wochenschr.* 1899. No. 27) besprach STUBENRAUCH einen Fall von **Hypertrophie der Prostata und Lithiasis der Blase und der Nieren.** Der Fall betraf einen 70jährigen Mann, bei dem zur Zeit der Untersuchung aufser Meteorismus und Druckempfindlichkeit des Abdomens akute Retention und Fieber bestand; die Prostata war in ihrem mittleren Abschnitte stark hypertrophisch, die Blasenwand ebenfalls hypertrophisch und druckempfindlich. Nach dem Einführen eines Katheters flossen nur einige Tropfen dicken, stark eiterhaltigen Urins ab; der Katheter selbst konnte nicht frei in der Blasenhöhle bewegt werden, sondern blieb in einem Konglomerat von Steinen stecken. Es wurde die Sectio alta gemacht; nach Eröffnung der ca. 1 cm dicken Blasenwandung wurden 28 erbsen- bis haselnufsgrofse Harnsäuresteine entfernt. Die Blase war aufserordentlich stark trabekulär, der hypertrophische mittlere Prostatalappen sprang weit in die Blasenhöhle vor. In der Gegend des Blasenscheitels fand sich eine trichterförmige Vertiefung, deren Grund zu einem Divertikel führte; ein in demselben befindlicher bohnengrofser Stein wurde mit dem Löffel entfernt. Nach einer vorsichtigen Spülung der Blase wurde die Heberdrainage gemacht und der prävesicale Raum mit Jodoformgage tamponiert. Am zweiten Tage nach der Operation ging der Patient unter den Erscheinungen von Lungenödem zu Grunde. Bei der Obduktion fanden sich am Blasendivertikel zwei erbsengrofse Perforationsöffnungen in das kleine Becken. Der Divertikel stellte eine cylindrisch geformte Ausbuchtung dar; sein längster Durchmesser betrug 3 cm. Die Kommunikationsöffnung zwischen dem Devertikel und der stark verengten Blasenhöhle hatte einen Durchmesser von 1 cm. Nierenbecken und Ureteren waren enorm erweitert und mit trübem Harn gefüllt, das Nierengewebe war atrophisch. Am oberen Pol der rechten Niere fand sich ein etwa haselnufsgrofser, dickwandiger Abscefs mit zähem eingedickten Inhalt. *Götz-München.*

Ein Fall von Resektion der Prostata, von DESNOS-Paris. (*Presse méd.* 13. Sept. 1899.) Verfasser beschreibt den Fall eines 58jährigen Patienten mit seit 4 Jahren bestehenden Blasenbeschwerden, als deren Grund sich bei der Cystoskopie Prostatahypertrophie ergiebt. Die radikalen Operationsmethoden derselben haben verschiedene Phasen durchgemacht. Die partielle Resektion geht auf mehr als 50 Jahre zurück. Erst als LAUNOIS-GUYON die Prostatahypertrophie als Ausfluſs einer Allgemeinerkrankung, einer Arteriosklerose der Blase und ihrer Adnexe erklärte, wurde diese Operation mehr und mehr aufgegeben. Doch giebt es von dieser Thatsache, wie Verfasser glaubt, sehr häufig Ausnahmen, Fälle, wo die Kontraktilität der Blase noch völlig intakt und die Hypertrophie circumskript ist. Im vorliegenden Falle war diese Bedingung zur partiellen Resektion des Lobulus medius der Prostata gegeben, die sehr gut glückte. Bei der Operation des übrigens erst 58jährigen Mannes im besten Ernährungszustand fanden sich auch drei kleine Blasensteine, die bei der Cystoskopie unbemerkt geblieben waren, hinter der Prostata eingekeilt. Je massiger, breiter, je weniger gestielt der vergröfserte Anteil der Prostata ist, um so mehr verliert die vorerwähnte Operationsmethode, deren Technik nichts Besonderes bietet, an Berechtigung.

Hopf-Dresden.

BOTTINIs Operation und andere Behandlungsmethoden der vergröfserten Prostata, von ROBERT NEWMAN-Newyork. (*Med. News.* 23. Sept. 1899.) Wie schon aus früheren Arbeiten amerikanischer Forscher hervorgeht, welche auch eingehend in diesen Blättern gewürdigt wurden, erfreut sich obengenannte Operation steigender Anerkennung. N. beschreibt sowohl das ursprüngliche Instrumentarium BOTTINIS, wie die Verbesserungen, welche von FREUDENBERG und ihm selbst daran vorgenommen wurden, eingehend. Während Prostatahypertrophie hauptsächlich im höheren Alter

vorkommt, kann Prostatitis zu jeder Lebenszeit sich einstellen, kommt aber besonders in den jüngeren und mittleren Lebensjahren vor. Sie entsteht infolge sexueller Excesse und sexueller Perversion (Masturbation), unrichtigen Gebrauchs der Katheter, scharfer Einspritzungen in die hintere Urethra und infolge von Blennorrhoe. Die Behandlung der Prostatitis sollte zuerst gegen den Schmerz und den Reizzustand gerichtet sein, Irrigationen mit heifsem Wasser sind sehr zweckdienlich, schmerzstillende Suppositorien sollen angewandt und ähnlichem Zweck dienende Salben in die Urethra injiziert werden, N. empfiehlt hierzu Benzoinol mit Kokain; nach Aufhören der Schmerzen ist lokale Galvanisation von grofsem Vorteil. Bei der Prostatahypertrophie kommt für N. jetzt nur mehr die galvanokaustische Methode in Betracht, dieselbe verursacht keine Schmerzen, und manchmal glaubt sogar der Patient, dafs gar nichts geschehen sei; er ist im stande, herum- und seinen Geschäften nachzugehen. Bezüglich der Wirkung der Kauterisation auf die Prostata glaubt N., dafs dieselbe als Tonikum und dann als Adstringens einwirkt; die Stimulation gebe neues Leben und heilsamen Einfluſs. Jede Wiederholung der Operation wirkt ähnlich und vielleicht auf einen anderen Teil der hypertrophischen Drüse; die Operation mufs auch wiederholt werden, bis ein Erfolg eingetreten ist. Dafür mufs aber auch Sorge getragen werden, keine Überreizung zu bewirken und so Prostatorrhoe, Prostatitis u. s. w. zu veranlassen. N. steht ferner auf dem Standpunkt, vor dem Einführen des Galvanokauters den Urin zu entnehmen und die Blase auszuwaschen, was jedoch nutzlos ist, wenn der Patient im letzten Stadium der Albuminurie und Urämie drohend ist. Auch ist bei der Bottinischen Operation zu bedenken, dafs die Wirkung der Galvanokaustik eine Verbrennung der Gewebe ist, welche ganz verschieden von der Elektrolysis, die eine chemische Resorption darstellt, ist. Trotz der verschiedenen Verbesserungen ist sie bis jetzt daher noch keine vollkommene, und N. hofft, dafs die Zukunft ein ideales Instrument zur besagten Operation bringen wird. *Stern-München.*

Suprapubicale Prostatektomie, von J. W. Smith. (*Brit. med. Journ.* 7. Jan. 1899.) Die Operation wurde an einem 58jährigen Manne mit einer seit vier Jahren bestehenden Prostatahypertrophie und schwerer Cystitis erfolgreich ausgeführt. Die Blasenbeschwerden verloren sich ganz, der Patient konnte den Urin wieder 8—10 Stunden zurückbehalten und dann in normalem Harnstrahl gut entleeren.

C. Berliner-Aachen.

Einige Beobachtungen an einem Fall von Albuminurie, von Kennedy. (*Louisville monthly Journ. of med. and Surg.* Okt. 1899.) Verfasser beobachtete einen Mann, der an Albuminurie litt, ohne irgend welche Anzeichen sonstiger Erkrankung zu bieten; er fand, dafs der Urin morgens meist eiweifsfrei war, mittags viel Eiweifs enthielt und abends wieder weniger als mittags, je nach dem Grade der Arbeit, die der Mann geleistet hatte. Um zu erproben, welche Muskelthätigkeit vor allem die Eiweifsausscheidung begünstigte, stellte er zahlreiche Übungen und Experimente an, und fand, dafs vor allem die aufrechte Haltung unter Anspannung der Muskulatur reichliche Absonderung hervorrief; da sich Cylinder im Urin fanden, so handelte es sich wohl um einen Fall von chronischer interstitieller Nephritis.

F. Hahn-Bremen.

Quantitative Eiweifsbestimmung im Urin, von Charles W. Purey-Chicago. (*New York med. Journ.* 17. Juni 1899.) Im Gegensatz zu der wohl ausgebildeten qualitatitiven Eiweifsbestimmung leidet die quantitative noch an verschiedenen Mängeln, sei es, dafs es sich um die gravimetrische Methode oder die volumetrische (Esbach) handelt, ferner an der Einheitlichkeit der Bestimmung. P. beschäftigt sich nun seit fünf Jahren mit experimentellen Untersuchungen auf diesem Gebiete und

glaubt, zu einem befriedigenden Resultat gelangt zu sein. Seine Methode besteht in kurzem darin, durch ein einheitliches Verfahren und einheitliche volumetrische Messung auf centrifugalem Wege das wirkliche Verhältnis zwischen volumetrischem und gravimetrischem Prozentsatz festzusetzen und schliefslich eine Tabelle für die Praxis aufzustellen, welche diese Beziehungen im einzelnen ausdrückt; um die verschiedenen jetzt gebräuchlichen Methoden der quantitativen Eiweifsbestimmung in Harmonie zu bringen, zeigt die Tabelle den volumetrischen Prozentsatz, den korrespondierenden gravimetrischen Wert von trockenem Eiweifs und die der Flüssigkeitsmenge entsprechende Zahl von Eiweifssubstanz. Alle die Beobachtungen, auf welche diese Methode und Tabelle gestützt sind, sind aus Beispielen von Eiweifsharn ausgearbeitet, welcher von Fällen akuter Nierenaffektion stammt. Übrigens kann zu den Versuchen auch eine Lösung von Merks gereinigtem Serumalbumin in normalem Urin, welche ähnliche Resultate giebt, benützt werden. Die Eiweifsfällung geschieht in sorgsam graduierten Tuben mit 2 ccm 50%iger Essigsäurelösung und 8 ccm einer 10%igen Kaliumferrocyanidlösung auf 10 ccm Urin. Nach gehöriger Mischung und 10 Minuten langem Zuwartem bis zur völligen Präcipitation werden die Tuben in eine speziell konstruierte Centrifuge gebracht. Bei sorgfältiger Einhaltung der notwendigen Bedingungen kann der volumetrische Prozentsatz leicht von der Skala der Tuben abgelesen werden. Die für diese Methode notwendige Zeit übersteigt keine 15 Minuten und allenfallsige Irrtümer gehen nicht über 0,01% hinaus. Vorsichtigerweise sollte der Urin stets zuerst filtriert und seine chemische Reaktion gesichert werden (bei neutraler oder alkalischer Reaktion Zusatz von Essigsäure), ferner bei Mengen von Eiweifs, welche 15% übersteigen, der Urin mit ein oder mehr Volumen Wasser verdünnt werden, bis der volumetrische Prozentsatz 10 oder höchstens 15% nicht übersteigt. Auch bezüglich der Handhabung der Reagentien ebenso einer geeigneten Centrifuge giebt P. genaue Vorschriften, dieselben müssen ebenso wie die aufgestellte Tabelle im Original nachgesehen werden. *Stern-München.*

In der New Yorker Deutschen medizinischen Gesellschaft (Sitzung vom 8. Mai 1899) berichtet Reich über einen Patienten mit **Chylurie**, der in Westindien geboren ist, aber meist in den Nordstaaten lebte; seit zwei Jahren bemerkte er, dafs sein Urin weifs war, ohne dafs er besonders Beschwerden hatte. Der Urin war milchweifs, bildet wenig Bodensatz, enthält viel Eiweifs, zahlreiche rote und weifse Blutkörperchen. Im Blute lassen sich zahlreiche Filarien nachweisen. In der Diskussion wird erwähnt, dafs derartige Fälle in New York nicht eben selten seien; sie entstünden wohl meist im Süden, doch kämen vielleicht auch im New Yorker Trinkwasser Filarien vor; wenigstens habe man in Fröschen, die auf Long Island gefangen seien, diese Parasiten entdeckt. *F. Hahn-Bremen.*

Über Malaria haemaglobinurica, von Edward E. Feild-Norfolk, Va. (*New York med. Journ.* 12. Aug. 1899.) Wie der Name besagt, ist dies eine spezielle Form von Malaria, bei welcher die Färbesubstanz des Blutes durch die Nieren ausgeschieden wird. Die Hauptsymptome der Affektion sind Abgeschlagenheit und Müdigkeit, Kälte der Extremitäten, Cyanose an Lippen und Fingern, Kopf- und heftige Schmerzen in der Gegend der Leber und Nieren, kleiner und schwacher Puls, blasse Zunge und Obstipation. Nach diesem Stadium von verschiedener Dauer kommt das Hitzestadium, in welchem die Temperatur auf 104—105° (Fahrenheit) steigt; Kopfschmerz und Schmerzen im Hypochondrium und in der Lumbargegend werden intensiver und der Patient entleert alle 10—15 Minuten eine geringere Menge spezifisch kaffeeartig gefärbten Urins. Excessiver Durst, Erbrechen schwärzlicher Massen kommen vor, ferner

partielle Taubheit; die ganze Haut überzieht eine gelbe bis orangefarbige Farbe. Am Höhestadium der Krankheit ist die Gelbsucht eine so hochgradige, dafs oft die Kleider der Patienten bei starker Transpiration gelb gefärbt werden. In tötlichen Fällen ist nicht die Hämorrhagie oder Urämie die Todesursache, sondern wirkliche Erschöpfung in den nächsten 3—4 Tagen. Zum Unterschied vom gelben Fieber, welches im allgemeinen der Malaria haemaglobinurica sehr ähnlich ist, tritt u. a. bei letzterer die Krankheit weniger schleichend ein, die Gelbsucht schneller und gewöhnlich Remission des Fiebers nach einigen Stunden; ferner ist die Affektion an Malariagegenden gebunden und kommt nicht wie das Gelbfieber in Städten und an der Seeküste vor, Neger sind immun von dieser Form Malaria, aber nicht von Gelbfieber. Die Therapie der Hämaglobinurie-Malaria ist eine sehr unbefriedigende. Chinin, speziell das schwefelsaure, welches zur Verhinderung eines Malarianfalles gegeben wird, verursacht oft Hämaglobinurie; es sollte vielmehr erst dann gegeben werden, wenn alle Zeichen der Hämaglobinurie verschwunden sind. Eine Behandlungsart, welche Feild als solche erfolgreich bezeichnet, sind Behebung der Obstipation mit Abführmitteln, Morphium hypodermatisch gegen die Schmerzen, Kälte auf den Kopf und Darreichung von Arsenik gegen Wiederholung der Malariaanfälle. Die Sterblichkeit ist auch bei erfolgreicher Behandlung aufserordentlich hoch, wahrscheinlich nie weniger als 50%. Die pathologische Anatomie zeigt bei diesem Leiden im frühen Stadium die Nieren vergröfsert und kongestioniert, die Tubuli mit Hämaglobininfarkten durchsetzt; bleibt der Patient noch 3—4 Wochen am Leben und stirbt dann an Urämie, so bestehen die Erscheinungen der grofsen weifsen Niere. Präexistiert schon eine Nierenaffektion, so tritt nicht nur Hämaglobinurie, sondern Hämaturie auf, indem die geschwächten Epithelwände eine Transsudation der zelligen Blutelemente zulassen.

Stern-München.

Essentielle Hämaturie, von Malherbe-Nantes und Legueu-Paris. (*Presse méd.* 21. Okt. 1899.) Die essentiellen Hämaturien, bei denen die Harnblutung scheinbar zugleich Symptom wie Krankheitsentität ist, pflegen meist profuser Natur zu sein und der Therapie gegenüber sehr hartnäckig aufzutreten. Das Cystoskop zeigt, dafs der Ursprung stets ein renaler ist. Die Niere weist dabei zwar nur ganz geringe Veränderungen auf, doch genügen dieselben nach Ansicht des Verfassers, um die Bezeichnung „essentielle" Blutungen hinsichtlich ihrer Berechtigung in Frage zu stellen. Teils handelt es sich dabei, wie Sektionen erwiesen haben, um Inkrustierung einer Pyramide infolge Gicht, um kleinste Tuberkel, einseitige chronische Nephritiden, Nierensklerosierung, Wandernieren und Nierenveränderungen während der Schwangerschaft. Als rein essentielle liefs Verfasser nur die Hämophilie und Angioneurosen der Niere gelten. Doch ist auch deren Gebiet bedeutend einzuschränken. Kurativ wirken in all diesen Fällen nur chirurgische Eingriffe — Nephrektomie, Nephrotomie oder Probeincision und Freilegung der Niere.

Hopf-Dresden.

Ein Fall von Hämaturie infolge von beweglicher Niere, von W. Cheyne. (*Brit. med. Journ.* 7. Jan. 1899.) Im Anschlufs an einen Sturz erkrankte ein 27jähriges Mädchen mit heftigen Schmerzen im rechten Hypochondrium und in der rechten Lendengegend, Erbrechen und blutigem Urin. Die Erscheinungen besserten sich bei Bettruhe und Diät, doch verschwanden sie nicht ganz. Erst nach 13 Jahren wurde in Chloroformnarkose eine bewegliche Niere konstatiert. Dieselbe wurde vom Rücken aus auf operativem Wege zugänglich gemacht und festgenäht, worauf die Patientin vollkommen genas.

C. Berliner-Aachen.

Zur Behandlung der Phosphaturie, von G. Klemperer. (*Therap. d. Gegenwart.* 1899. No. 8.) Die Phosphaturie ist ein Symptom der Neurasthenie. Folglich mufs

die Therapie eine antineurasthenische sein. Verfasser ernährt seine an Phosphaturie leidenden Patienten reichlich mit gemischter Kost, läfst sie getrennt vom Essen viel Wasser trinken, besonders oft einfache Säuerlinge, macht häufig Anwendungen von Hydrotherapie und Elektrizität, schickt mehrere Patienten an die See, einige ins Hochgebirge. Kurz, die Erkenntnis, dafs es sich um ein Nervenleiden handelt, mufs stets für die Behandlung mafsgebend sein.

Da Phosphatsteine nur auf Grund von Phosphaturie entstehen, so kommt Verfasser zu dem bemerkenswerten Schlufs, dafs die Entstehung der Nierensteine durch Beseitigung der nervösen Allgemeinstörung verhindert wird. *I. Bloch-Berlin.*

Über Neueinpflanzungen des Ureters in die Blase auf abdominalem Wege zur Heilung von Uretercervikalfisteln, von Amann. (*Münch. med. Wochenschr.* 1899. No. 34.) Der Verfasser kommt in seiner ausführlichen Abhandlung zu folgenden Schlufsfolgerungen: 1. Die anatomischen Verhältnisse (selbständige Ernährung) gestatten gröfsere Blofslegungen des Ureters ohne Nachteil. 2. Die auf die topographisch-anatomischen Verhältnisse mehr Rücksicht nehmenden modernen Operationsmethoden schützen vor Verletzungen des Ureters, so besonders durch breites Ablösen der Blase, Vermeiden von Massenligaturen, isolierte Gefäfsunterbindung, ausgiebige Stielung der Ligamente vor Anlegung der Klammern, Herauspräparieren des Ureters während der Operation. 3. Der mit Hülfe des Cystoskops auszuführende Katheterismus der Ureteren ist mehr, als dies bis jetzt geschieht, in den betreffenden Fällen anzuwenden. 4. Bei frischen Ureterverletzungen während der Operation ist, wenn die direkte Vereinigung nicht leicht möglich ist, die intra-extraperitoneale Einpflanzung des Ureters in die Blase nach Witzel vorzunehmen. 5. Bei alten Uretervaginalfisteln ist, wenn nicht zu viel Narbengewebe vorhanden, eine vaginale Methode womöglich mit Ausschälung des Ureters zu versuchen. Bei Uretercervikalfisteln soll in geeigneten Fällen vaginal mit Spaltung der vorderen Uteruswand der Ureter aufgesucht und in die vom Uterus abgelöste Blasenwand eingepflanzt werden. In den meisten Fällen ist die intra-extraperitoneale Methode von Witzel zu empfehlen. 6. Die Exstirpation einer gesunden Niere wegen Ureterfistel ist zu verwerfen. Bei Pyelitis sind zunächst Ausspülung des Nierenbeckens vorzunehmen. Auch bei bestehender Pyelitis sind Einheilungen des Ureters in die Blase und spätere Ausheilungen der Pyelitis erzielt worden. 7. Jede Art von Kleisis, ob am Uterus oder im obersten Teile der Vagina oder tief unten in der Vagina, ist zu vermeiden. 8. Die Entfernung des Uterus behufs Umwandlung einer Uretercervikalfistel in eine Uretervaginalfistel ist unnötig.

Stern-München.

Einen Fall von Papillom der Urethra bei einem Mädchen beschreibt Caprariis (*Giorn. intern. delle scienze med.* 1899. No. 18.) Die drei kleinen Tumoren lagen zu beiden Seiten der Urethralöffnung; zwei derselben waren gestielt, die andere sessil. Dieselben verursachten beim Urinieren heftiges Brennen und bluteten bei der leichtesten Berührung. Entfernung mit dem Thermokauter. *C. Müller-Genf.*

Elephantiasis der Vulva, von Lloyd Roberts. (*Brit. med. Journ.* 7. Dez. 1899.) Die 31jährige, verheiratete Patientin menstruierte regelmäfsig, hat niemals Schwangerschaften durchgemacht, auch keine venerische Krankheit gehabt. Vor einem Jahre begann die Vergröfserung der Vulva und nahm seitdem beständig zu. Bei der ersten Besichtigung der Patientin bemerkte man eine gestielte, kindskopfgrofse, von der Labia minora ausgehende Masse. Dieselbe wurde operativ entfernt. Mikroskopisch bestand sie fast ausschliefslich aus Bindegewebe. Das Epithel war stellenweise verdickt, die wenigen Blutgefäfse zeigten deutliche Endarteriitis. Solche Gewächse

pflegen nicht selten durch Reizung bei blennorrhoischen Absonderungen oder durch Verletzungen zu entstehen. Ihr Sitz ist am häufigsten die Clitoris, bisweilen bilden die Labia minora oder majora den Ausgangspunkt der elephantiastischen Verdickung. In vereinzelten Fällen entwickelt sich eine solche während der Schwangerschaft der Patientin, um nach der Niederkunft wieder einem normalen Zustande Platz zu machen. Auch die Menstruation hat in ganz seltenen Fällen Anlafs zu solchen Vergröfserungen gegeben. Die Excision ist das einzige Mittel, welches hilft.

C. Berliner-Aachen.

Castellana-Palermo beschreibt **einen Fall von Urethroplastik und Verschliefsung des Scheideneinganges bei einem Individuum mit perinealer Hyopasdie, Kryptorchidie und rudimentärer Vagina bifida.** Abgesehen von einem aufserordentlich reichen Wuchse des Kopfhaares, das bis an die Knie reichte und einem weiberartigen Becken, war die physische Beschaffenheit des Individuums im allgemeinen diejenige eines Mannes. Die Operation hatte den besten Erfolg, so dafs der Patient nach derselben mit seinem etwas rudimentären Penis leicht den Coitus ausüben konnte. (*Rif. med.* 1899. No. 62—65.) *C. Müller-Genf.*

Ein Fall von Hydrocele muliebris, von L. P. Alexandrow. (*Ztg. f. Kinderheilk.* 1898. No. 5.) Der Fall betrifft ein Mädchen von 1 Jahr 8 Monaten, bei dem angeblich nach einem Trauma eine Geschwulst in der rechten grofsen Schamlippe entstanden war. Es handelte sich um eine Hydrocele muliebris, einen seltenen Fall von Flüssigkeitsansammlung in das Verticulum Nuckii. Operation. Entfernung der mit klarer Flüssigkeit angefüllten Cyste. Heilung per primam.

Grünberg-St. Petersburg.

Blennorrhoe und Komplikationen.

Blennorrhoe und Eheconsens, von A. Neisser. (*Münch. med. Wochenschr.* 1899. No. 26.) In seinem Buche „Zur Austilgung der Syphilis" hatte Kromayer die Bemerkung gemacht, dafs „auch" Neissers Schülern der „Fehler" passiert sei, auf Grund des negativen Gonokokkenbefundes Ehekandidaten, die an Residuen früherer Blennorrhoe gelitten hatten, den Ehekonsens gestattet zu haben; Kromayer hatte die Anschauung Neissers über die Verwertbarkeit des negativen Gonokokkenbefundes für „grundfalsch" erklärt. Wir sehen in diesem Referat von den persönlichen Bemerkungen ab, die durch Briefe und mündliche Aussprache zum grössten Teile richtig gestellt sind, und beschränken uns darauf Neissers Grundsätze wiederzugeben, wie sie sich ihm in langer Praxis und bei sorgfältigen Untersuchungen der betreffenden Patienten als richtig ergeben haben. Neisser betont, dafs man nicht imstande sei, alle Reste früherer Entzündungen der Harnröhre, wie Filamente, Schleimabsonderungen etc. zu beseitigen, dafs man aber dem Patienten versichern kann, er dürfe „als anständiger Mensch" heiraten, sobald sich das Fehlen der Gonokokken herausstellt trotz aller Versuche und Untersuchungsmethoden, Bougierungen, irritierender Injektionen etc. etc. Hierin beruht unseres Erachtens der Schwerpunkt der ganzen Streitfrage, und darin müssen wir unbedingt Neisser Recht geben, dafs ein in solchen Untersuchungen sehr geübter, gewissenhafter Arzt die Möglichkeit hat, die noch bestehende oder schon erloschene Infektiosität einer Urethritis festzustellen. Möge vor allem Neissers Mahnung nicht ungehört verhallen, den akuten Tripper zu heilen! Das ist leicht für jeden Arzt, der die durch die Gonokokkenlehre geschaffenen Errungenschaften ausnutzen will.

F. Hahn-Bremen.

Die Urethritis der kleinen Knaben, von Bogdan u. Imerwol. (*Presse méd. belge.* 1899. No. 31.) Nach den Untersuchungen der Verfasser wäre diese Affektion bei Knaben keineswegs so selten wie man es bisher angenommen. Bei langem und engem Präputium wird die spezifische Infektion durch die Präputialöffnung übertragen und veranlafst zuerst eine blennorrhoische Balanitis, worauf sich die Entzündung auf die Urethra ausdehnt. Die Infektion ist entweder eine direkte durch sexuelle Berührung, oder eine indirekte durch Vermittelung von infizierter Wäsche, Toilettengegenständen, infolge von Zusammenliegen in demselben Bette mit infizierten Individuen etc. Verlauf, Prognose und Behandlung ist ungefähr dieselbe wie bei Erwachsenen, mit dem Unterschiede, dafs bei Kindern Komplikationen seltener sind, dagegen häufiger Harninkontinenz damit verbunden ist. *C. Müller-Genf.*

Über einen Fall von Tripperinfektion trotz prophylaktischer Instillation einer 2proz. Argentum-nitricum-Lösung, von R. Kaufmann. (*Allg. med. Centralztg.* 1899. No. 58.) Der 23jährige, niemals vorher geschlechtskranke Patient acquirierte trotz regelrechter Anwendung des Blokusewskischen Tropfapparates nach dem Beischlaf mit einer Puella publica einen typischen Tripper mit regulärer Inkubationsperiode (4 Tage), bei dem mikroskopisch Gonokokken nachgewiesen wurden. Trotzdem will Verfasser über das Blokusewkische Verfahren nicht den Stab brechen, da das Argentum nitricum ein viel besseres Desinficiens sei als das so „zweifelhafte" Protargol. Nur mahne der mitgeteilte Fall doch zur Vorsicht und zu einer eventuellen Verbesserung der Methodik der Höllensteininstillation. *I. Bloch-Berlin.*

Zur Prophylaxe des Trippers, von A. Schuftan. Erwiderung, von Ernst R. W. Frank. (*Allg. med. Centralztg.* 1899. No. 58 u. 62.) Schuftan kritisiert die von Frank angegebene Methode der Impfungen mit blennorrhoischem Sekret und nachfolgenden Einträufelungen mit 20%iger Protargol-Glycerinlösung. Frank setzt dieser Kritik eine Antikritik entgegen. Die Polemik bietet kein weiteres Interesse.
I. Bloch-Berlin.

Zur Kasuistik der Tripperprophylaxe, nach Ernst R. W. Frank, von L. Caro. (*Allg. med. Centralztg.* 1899. No. 63.) Verfasser berichtet über zwei von ihm beobachtete Fälle, in denen es sich um zwei Freunde handelte, die beide an demselben Abend mit derselben Puella publica den Beischlaf vollzogen. Der eine, früher nie Erkrankte, welcher sich eine vorherige Instillation mit 20%iger Protargollösung in die Harnröhre gemacht hatte, blieb gesund. Der andere acquirierte eine erstmalige akute Blennorrhoe. *I. Bloch-Berlin.*

Über die spinalen Komplikationen der Blennorrhoe, von Kalindero. (*Klin. therap. Wochenschr.* 1899. No. 38.) Einen letal verlaufenen Fall blennorrhoischer Spinalaffektion berichtet Verfasser. Der Patient hatte im Alter von 20 Jahren eine langdauernde Blennorrhoe mit Gelenkschwellungen gehabt. Im Alter von 30 Jahren acquirierte er von neuem eine Blennorrhoe, in deren Verlauf Patient über schlechtes Allgemeinbefinden, Abgeschlagenheit, Hüftschmerzen, Appetitlosigkeit klagte. Dazu gesellten sich Schwäche der Extremitäten, leichtes Zittern, unwillkürliche Muskelkontraktionen, schwerer, unsicherer Gang, Harnverhaltung; der Stuhl war sehr träge. Allmählich bildete sich eine vollständige Paraplegie mit Muskelatrophie aus. An den unteren Extremitäten mehrere erythematöse, dunkelrote Flecken. Es bestand eine leichte Hyperästhesie bis zu den Lendenwirbeln; Tast- und Wärmesinn waren normal. Später bildeten sich Decubitus, die Harnretention machte einer Inkontinenz Platz und Patient kam ad exitum. Die Obduktion gab makroskopisch wenig bemerkens-

wertes. Mikroskopisch fand man eine Poliomyelitis lumbalis sich äufsernd in Dermatolyse der Ganglienzellen der Vorderhörner, daneben leichte Veränderung in den Nerven der unteren Extremitäten und Muskelatrophie. — Es scheinen in diesem Falle die Läsionen mehr durch die Toxine der Gonokokken, als direkt durch diese selbst hervorgerufen, da es sich mehr um degenerative als um entzündliche Veränderungen handelt. Gonokokken konnten auch nicht im Rückenmark nachgewiesen werden. Die Anomalien an den peripheren Nerven und Muskeln sind wohl sekundär infolge der Erkrankung der Vorderhörner entstanden.

Jessner - Königsberg i. Pr.

Zur Pathogenese der allgemeinen Komplikationen der Blennorrhoe, von SORRENTINO. (*Giorn. intern. delle scien. med.* 1899. No. 19.) Aus den Experimenten des Verfassers an Tieren geht hervor, dafs grofse Dosen von Virus notwendig sind um beim Kaninchen eine pathogene Wirkung zu erzielen, was vielleicht von einer verminderten Empfänglichkeit dieser Tiere gegenüber gewissen Mikroorganismen abhängt. Lokal übt der Gonococcus eine intensiv reizende Wirkung aus. In den Gelenken kann es zu wirklichen Lokalisationen des Pilzes kommen (Synovitis blennorrhagica), welche künstlich durch Injektionen grösserer Quantitäten Virus erzielt werden, wenn gleichzeitig durch ein Trauma ein locus minoris resistentiae geschaffen wird. Spezifische Läsionen sind sowohl im Endo- und Myocard als im Rückenmark konstatiert worden. Die anderen im blennorrhoischen Eiter vorgefundenen Mikrobien haben sich als für Tiere nicht pathogen erwiesen und üben auch auf die Urethra des Menschen keine reizende Wirkung aus. Der Gonococcus ist ein wahrer pathogener Pilz und vermag sich an einer vom Injektionspunkte entfernten Stelle zu lokalisieren. Die Fälle von blennorrhoischem Rheumatismus, wo man in sito keine Gonokokken nachzuweisen vermochte, sind entweder keine spezifischen Formen oder aber die Untersuchung war keine vollständige, indem die im Exsudate fehlenden Pilze in der Synovialmembran hätten nachgewiesen werden können. *C. Müller-Genf.*

Über Muskelerkrankungen bei Harnröhrentripper, von EICHHORST. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1899. No. 42.) Die kleine Arbeit EICHHORSTS bringt im Anschlufs an ähnliche Beobachtungen anderer Autoren die Mitteilung eines Krankheitsfalles; bei dem Patienten stellte sich im Verlaufe einer Blennorrhoe, die er acquiriert hatte, eine 8 cm breite, 4 cm lange, schmerzhafte, harte Schwellung am rechten Oberschenkel in der Gegend des Musculus tensor fasciae latae ein; die Haut über derselben rötete sich nicht und blieb verschieblich; während die Blennorrhoe heilte, wurde die Schwellung schmerzloser und kleiner, zugleich aber härter und war bei der Entlassung noch ca. 5 cm grofs. Verfasser schlägt als Namen blennorrhoisch-sklerosierende Muskelentzündung für diese Krankheitsform vor.

F. Hahn - Bremen.

Chirurgische Behandlung der Arthritis blennorrhoica, von J. O'CONOR. (*Lancet.* 9. Dezember 1899.) Verfasser empfiehlt nochmals die Arthrotomie mit Drainage und Ausspülung, die ihm in Buenos Ayres gute Dienste geleistet hat. Von 10 Patienten wurden 9 geheilt, und einer befindet sich in der Besserung. Es handelte sich bei diesen Fällen neunmal um das Knie, einmal um das Fufsgelenk und zweimal um das Handgelenk. Durchschnittlich betrug die Behandlungsdauer vom Tage der Operation ab etwa 4 Wochen. *Philippi-Itzehoe.*

Ein Fall von Arthritis blennorrhoica beim Neugeborenen, von A. SOKOLOW. (*Ztg. f. Kinderhlkde.* 1898. No. 1.) Im mitgeteilten Falle handelt es sich um ein blennorrhoisches Befallensein zweier Gelenke bei einem Neugeborenen, des linken

Radiocarpalgelenks und der linken Coxa. Zugleich war eine Conjunctivitis blennorrhoica mäfsigen Grades vorhanden. Der Verlauf war ein relativ milder; nach ca. 4 Monaten vollständige Heilung, Obgleich eine bakteriologische Untersuchung nicht vorgenommen wurde, konnte man sich doch über den richtigen Charakter dieser Krankheit nicht täuschen; bei der Mutter war eine blennorrhoische Erkrankung der Genitalien konstatiert. Zu bemerken ist noch, dafs die Mutter 8 Tage vor der Geburt des Kindes an einer heftigen Gonitis erkrankte, welche sich nur äufserst langsam besserte. *Grünberg-St. Petersburg.*

Ein Fall von Gonitis blennorrhoica bei einem Mädchen, von P. P. Michailow (*Ztg. f. Kinderheilkde.* 1898. No. 1.) Bei einem 5jähr. Kinde begann $2^1/_2$ Wochen nach dem Auftreten einer eitrigen Vulvovaginitis das linke Kniegelenk anzuschwellen und wurde stets schmerzhaft. Dieses mit hohem Fieber remittierenden Charakters verlaufende akute Stadium ging alsbald in ein subakutes über, und nach einigen Wochen erfolgte vollständige Heilung. Im Scheidensekret wurde der Diplococcus Neissers gefunden; derselbe konnte jedoch nicht in der dem Kniegelenk entnommenen eitrigen Punktionsflüssigkeit nachgewiesen werden. Dessenungeachtet glaubt Autor den Gonococcus des Zustandekommens der Gonitis beschuldigen zu dürfen, zumal in derartigen Fällen ein negatives Ergebnis bei der Untersuchung häufig vorzukommen scheine. *Grünberg-St. Petersburg.*

Über Gelenkaffektionen bei Blennorrhoe, von B. G. A. Moynihan. (*Lancet.* 1899. 18. November.) Redner besprach die klinischen Erscheinungen sowie die anatomischen Vorgänge, indem er die Königsche Einteilung in vier Rubriken: Hydrops, sero-fibrinöser Erguſs, Empyem, phlegmonöse Entzündung zu Grunde legte. In therapeutischer Hinsicht empfiehlt er vor allem Ruhe und nebenbei Hg und Jodkalium, letzteres in grofsen Dosen. Oft ist das Aufpinseln von Jodtinktur nützlich, und gelegentlich erweist sich die (bei den Franzosen beliebte) freie Incision mit Ausspülung und Drainage als notwendig. Vor allem ist aber der möglichst frühzeitige Beginn mit passiven Bewegungen zur Vermeidung von Ankylose empfehlenswert. In ätiologischer Beziehung ist bemerkenswert, dafs unter 27 untersuchten Fällen nur bei 8 der Gonococcus im Erguſs gefunden wurde.

Zu diesem Vortrag bemerkt C. Heath (*Lancet.* 25. November. S. 1467), dafs er den Rheumatismus blennorrhoicus als eine milde Form von Pyämie betrachtet, die von der Eiterung in der Harnröhre ausgeht und nur e i n Gelenk zur Zeit befällt. In therapeutischer Hinsicht empfiehlt er, Belladonna mit Glycerin in ausgiebiger Menge aufzupinseln und innerlich Chinin (0,3) alle 6 Stunden zu geben. Die Urethra soll dabei ganz in Ruhe gelassen werden, und Schienen sind zu verwerfen. Bei solcher Behandlung können seine Patienten durchschnittlich nach 14 Tagen aufstehen und nach weiteren 8 Tagen mit einer gewöhnlichen Bandage ausgehen.

W. Haward (ibid. 2. Dezember 1899. pag. 1548) berichtet über einen Fall, bei dem ausgiebige Incision, Drainieren und Irrigieren ein (militärisch) vollkommen brauchbares Gelenk herstellte, während ein zweiter Patient mit pyämischen Abscessen trotz Eröffnung derselben zu Grunde ging. Er verwirft ebenfalls die Schienen und empfiehlt nebst frühzeitigem Gebrauch des Gelenks heifse Bäder und Massage sowie antiseptische Berieselung der Harnröhre, da es sich doch um eine von dieser Stelle ausgehende Pyämie handele.

C. F. Marshall ist auch ein Gegner der Schienenverbände, obgleich dieselben allgemein gebräuchlich seien. Die Behandlung der Urethra will er nicht vernachlässigt sehen (ibid. 9. Dezember 1899. S. 1617.) *Philippi-Itzehoe.*

Über die ambulante Behandlung der blennorrhoischen Nebenhodenentzündung, von O. Werler. (*Therap. Monatsh.* 1899. No. 8.) Die ambulante Behandlung liefert in der Mehrzahl der gutartigen, normal verlaufenden, nicht komplizierten Fälle von blennorrhoischer Nebenhodenentzündung günstige Erfolge.

Sie bewirkt, ausgeführt mit Hülfe eines praktisch konstruierten skrotalen Gehverbandes eine sichere Fixation und Immobilisierung, sowie Elevation und Suspension des erkrankten Nebenhodens und ermöglicht eine zweckmäfsige Kompression desselben, erfüllt demnach sämtliche für die Heilung der Epididymitis blennorrhoica erforderlichen Bedingungen.

Die ambulante Behandlung ist bei denjenigen Epididymitikern, für welche die ungehinderte Berufserfüllung oder die Geheimhaltung ihrer Erkrankung eine Existenzfrage bildet, ohne Bedenken zu versuchen. *I. Bloch-Berlin.*

Das salicylsaure Natron bei der Behandlung der blennorrhoischen Hodenentzündung, von Romme-Paris. (*Presse méd.* 23. Sept. 1899.) Verfasser empfiehlt aufs wärmste das Natrium salicylicum für die Therapie blennorrhoischer Epididymitiden und Orchitiden. Vor Beginn der Verordnung gebe man ein kräftiges Purgans. Die Dosis pro Tag ist 4—6 g, am besten in Kapseln zu reichen. Nebenbei ist selbstverständlich Bettruhe einzuhalten. Das salicylsaure Natron wirkt nach Verfasser schon nach 24 Stunden antalgetisch und antiphlogistisch. Die Schwellung nimmt bei dauerndem Salicylgebrauch ständig ab. Lokale Antiphlogose unterstützt die Wirkung des Medikaments. *Hopf-Dresden.*

Über die antiparasitären Heilmethoden der Harnröhrenblennorrhoe, von Hugo Feleki. (*Wien. klin. Rundsch.* 1899. No. 44.) Als das Ziel einer Tripperbehandlung stellt Verfasser nach einer Rekapitulation all' der zahlreichen neueren Artikel, die sich mit der Blennorrhoetherapie beschäftigen, hin: Möglichst milder und rascher Verlauf, Verhinderung des Fortschreitens auf die Pars posterior und, wo dieses schon eingetreten, Fernhalten von Komplikationen. Die Vernichtung des Gonococcus ohne Rücksicht auf die klinischen Erscheinungen, wie es die Breslauer Schule fordert, kann nicht als erste Forderung hingestellt werden. — Auf Grund eigener Prüfungen kommt Verfasser zu folgender Anschauung über den Wert der Silbersalze: Dieselben können in Form prolongierter Injektionen in allen akuten Fällen angewendet werden, in denen der Patient in den allerersten Tagen zur Beobachtung kommt; dann übertreffen sie die Adstringentien an Wirksamkeit. Die Gonokokken schwinden schnell, die Heilung erfolgt in kurzer Frist. Ist die Entzündung bedeutend, die Sekretion reichlich, stellen sich nach der Injektion Irritationserscheinungen ein, dann sind milde Adstringentien mehr am Platze. Jede Steigerung der Entzündungserscheinungen mufs vermieden werden. Kombinationen, innere Heilmittel sind oft am Platze. Die Therapie der chronischen Tripper hat durch die Antiparasitica nicht gewonnen. die alten Methoden sind nicht zu entbehren. — Die Kritik des Janetschen Verfahrens fällt für dasselbe nicht günstig aus; in akuten Fällen mit geringen Entzündungserscheinungen leistet es oft Gutes; ein hervorragender Rollenkreis fällt ihm nicht zu. — Verfasser warnt zum Schlufs vor einer Schematisierung bei der Trippertherapie, da die Gestaltung und der Verlauf des Leidens in den weitesten Grenzen variiert. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Die Behandlung der akuten Blennorrhoe, von Ledermann-Berlin. (*Berl. Klinik.* Nov. 1899.) Der Verfasser giebt eine kurze, aber klare Zusammenfassung der Behandlung der Blennorrhoe des Mannes mit ihren Komplikationen. Die Beschreibung Ledermanns, mit der er dem Fachmann nichts Neues bringt noch bringen will, dürfte dem praktischen Arzte manchen vorzüglichen Dienst leisten. Hervorheben möchten

wir die warme Empfehlung, die Ledermann den prophylaktischen Einträufelungen und Einspritzugen nach Blokusewski, Frank, Ullmann zu teil werden läfst. Rein exspektativ behandelt Verfasser die Blennorrhoe in folgenden 5 Fällen: 1. bei Kranken mit heftigen Entzündungserscheinungen, also besonders Erstinfizierten mit starken Beschwerden; 2. wenn Symptome einer Allgemeininfektion vorliegen; 3. wenn bei früheren Erkrankungen an Tripper Komplikationen bestanden haben; 4. bei tuberkulösem und skrophulösen Habitus, namentlich jugendlicher Patienten; 5. bei Kranken, welche an infektiösen, geschwürigen Prozessen am Präputium oder Glans leiden, wo also Autoinfektionsgefahr vorliegt. *Hopf-Dresden.*

Zur kausalen Therapie der Blennorrhoe, von Nobl-Wien. (*Centralbl. f. d. ges. Ther.* 1899. Heft 6.) Verfasser betrachtet die seit Neissers Vorgang zur Tripperbehandlung verwandten neueren Silbersalze vom Gesichtspunkte kausaler therapeutischer Wirkung. Die glatte Wirkung des Protargols beruht vielleicht darauf, dafs es sich in eiweifshaltigen Medica noch leichter und rascher als in Wasser löst. Die Zusammenstellungen über die bactericiden und besonders gonococcociden Eigenschaften des Protargols bringen nichts Neues. Die Anwendungsweise desselben bei Blennorrhoe ist folgende: Spritze zu 8—12 ccm. Im akuten Stadium dreimal täglich Injektionen $^1/_2$—2%ig von 10 Minuten Dauer. Nimmt die Sekretion nicht bald bedeutend ab, so kombiniert Nobl das Protargol (3—5 Minuten, morgens und mittags) mit Adstringentien, wie $^1/_4$—$^1/_2$%igem Zincum sulfocarbolicum. Selbst nach dauerndem Schwinden der Gonokokken wird Protargol einmal pro Tag eine Zeit lang noch beibehalten. Neuerdings wendet Verfasser zur abortiven Behandlung 5%ige Protargollösungen an, die er mit der gewöhnlichen Trippersprize injiziert und 5—10 Minuten in der Urethra verweilen läfst. Die Beschwerden durch die Injektionsflüssigkeit sind gering. Nachfolgende Urethroskopie zeigt, dafs durch dieses Vorgehen ein massenhaftes Abstofsen von Epithel erfolgt. Beträchtliche Reizerscheinungen folgen nicht auf diese hochprocentigen Einspritzungen. Erfolg versprechen Fälle von 2—3tägiger Inkubation und 1—2 Tage bestehenden Symptomen mäfsig entzündlichen Grades. Oft schwanden alle Symptome nach 2 Injektionen. Bei schwereren Blennorrhoen der Urethra in ihrer Pars posterior thut Protargol, wie Verfasser glaubt, nicht gut, mag man nun spülen oder spritzen. Der Hauptvorzug des Mittels besteht hingegen eben darin, dafs es meist zu Erkrankungen der Posterior gar nicht kommt, wenn Protargol von Anfang an verwendet wird. Verfasser ist auch der Ansicht, dafs das Mittel der Ausbreitung der Blennorrhoe nach der Tiefe der Mucosa zu entgegenarbeitet und will seit Einführung des Protargols in die Trippertherapie die Häufigkeit der Komplikation sich verringern gesehen haben. *Hopf-Dresden.*

Die innere Medikation bei Blennorrhoe und deren Folgezuständen mit besonderer Berücksichtigung des „Gonorol“, von A. Steche. Diese kleine Schrift ist der Propaganda für das neueste interne Trippermittel, das Extrakt aus Ol. santali, gewidmet, welches auf den vielverheifsenden Namen „Gonorol“ getauft ist. Es ist ein farbloses Öl, nahezu geruch- und geschmacklos, wasserhell, und ist in 3 Teilen 70%igem Spiritus bei 20° löslich. Das „Gonorol“ soll die gute Wirkung des Ol. santali ohne seine schädliche Nebenwirkung haben. (Abwarten! D. Ref.)
Jessner-Königsberg i. Pr.

Die Behandlung des blennorrhoischen Cervixkatarrhes auf Grundlage des Antagonismus der Mikroorganismen nach der Landauschen Methode, von Gustav Feigl. (*Wien. med. Wochenschr.* 1899. No. 45.) Landau hat blennorrhoische Leiden der Frauen mittelst Injektion von Bierhefe behandelt; er erklärt seine zufrieden-

stellenden Resultate 1. durch mechanische Verdrängung der Gonokokken infolge üppigen Wachstums der Bierhefe, 2. durch Wasserentziehung und Beraubung der Gonokokken um ihre Nährstoffe, 3. durch eine chemische Reaktion auf dem Wege der Fermentbildung und Neutralisation. — Die Landausche Mitteilung ist insofern unvollständig, als sich Angaben über Gonokokkenuntersuchungen nicht finden. — Auf der Janovsky-schen Abteilung in Prag wurden bisher blennorrhoische Cervixkatarrhe, soweit sie akut waren, nur mit milden Spülungen, Sitzbädern, höchstens noch mit in Burowscher Lösung getauchten Tampons behandelt. Bei den chronischen wird mittelst Playfair-scher Sonde geätzt; dazu wird hauptsächlich 20—50%ige Zinkchloridlösung benutzt; vorher Spülung mit 4%iger Sodalösung. Dieses wird alle 3—6 Tage wiederholt. In hartnäckigen Fällen Tamponade des Cervix und Uterus mit Jodoformgaze. — In allen Fällen aufserdem täglich zweimaliges Einlegen von Tampons, die getaucht sind in Tannin-Ichthyolglycerin, Jodoform, Alaun, Airol je nach Bedarf. Bei Empfindlichkeit des Uterus und der Parametrien Priessnitzsche Umschläge und Ichthyolsalbe. — Die Erfolge waren nicht immer zufriedenstellend, Komplikationen kamen vor, sodafs gerne zum Landauschen Verfahren gegriffen wurde. Es wurden 50 Kranke nach demselben behandelt, ohne dafs bessere Resultate erzielt wären. Besonders war der Effekt auf den Gonokokkenbefund ein negativer. Besserungen wurden nur bei älteren blennorrhoischen Katarrhen von geringer Intensität beobachtet. Zweimal stellte sich Parametritis ein. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Technischer Beitrag zur Irrigationsbehandlung der Harnröhrenerkrankung, von G. Nobl. (*Wien. med. Wochenschr.* 1899. No. 46. 47.) Die zu Harnröhrenirrigationen angegebenen doppelläufigen Kanülen von Majocchi, Spitzer, Vanghetti genügen alle den an sie zu stellenden Anforderungen nicht. Verfasser giebt eine neue an: ein durch eine Scheidewand geteiltes mittelweites Glasrohr mit stumpfkonischem Ende und gut abgerundeter Spitze. Das Lumen der Spitze wird durch die Scheidewand halbiert, am distalen Ende ist nur die zuführende Hälfte offen. Den Abfluſs vermittelt ein von der abführenden Hälfte abgehendes Glasrohr. Mittelst dieser Kanüle sollen die Spülungen sehr leicht ausführbar sein. (Mit einläufigem einfachen, aber passend geformten Glasrohr gehen die Spülungen ausgezeichnet auszuführen. D. Ref.) *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Was und wie soll man bei Blennorrhoe injizieren? von Ludwig Weiss-New York. (*Wisconsin med. Recorder.* Dezbr. 1898.) Man spritze so zeitig wie möglich, sofern nicht stärkere entzündliche Erscheinungen vorliegen. Prolongierte Injektionen von Protargol. Mindestens jeden zweiten Tag mikroskopische Kontrolle. Adstringentien für die Periode nach Schwinden der Gonokokken sind zu entbehren, da Protargol ebenfalls in diesem Sinne wirkt. Bei Ergriffensein der Urethra posterior Spülungen mit ¼%igen Protargollösungen nach Janets Methode, oder noch besser mit einer Harnröhrenspritze. Keinerlei neue Gesichtspunkte. *Hopf-Dresden.*

Solutio Korestoli Rosenberg, ein bewährtes neues Antiblennorrhoicum von Joseph Rosenberg. (Berlin. E. Cohn. 1899.) Der Verfasser empfiehlt ein neues Antiblennorrhoicum, das sich, wie er behauptet, in der Behandlung der Blennorrhoe bewährt hat. Es trägt den schönen Namen Solutio Korestoli und besteht aus in Wasser gelöstem „formamidsulfonsaurem Zink, jodphenolsulfonsaurem Zink, Jodverbindungen von ungesättigten Kohlenwasserstoffen und aus ungesättigten gasförmigen Kohlenwasserstoffen bis zur Sättigung der wässrigen Flüssigkeit (*Κορεστός* = gesättigt). Der erstgenannte Bestandteil zerfällt in der Harnröhre nach Angabe des Verfassers in Ammoniak, schwefelsaures Zink und Formaldehyd — Erklärung der stark antisepti-

schen Wirkung. Die baktericide Beeinflussung in den tieferen Lagen der Mucosa wird nach Rosenberg durch die ungesättigten Kohlenwasserstoffe erreicht, welche in der kalten Lösung gebunden in der warmen Urethra aus der Lösung frei werden und als Gase durch die Schleimhaut resorbiert werden sollen. Die Injektionen sollen 5—8 Minuten in der Urethra bleiben, und es soll 6 mal am Tage gespritzt werden. Die Spritze soll möglichst 15—18 ccm enthalten, nötig ist diese Gröfse bei der chronischen Blennorrhoe. Bei Benutzung der Solutio Korestoli Rosenberg, wie sie der Verfasser nennt, erreicht man in akuten Blennorrhoefällen in 6—8 Tagen beinahe sicher das, wozu man bei den bekannten Antiblennorrhoicis 5—6 Wochen braucht. Natürlich sind dann die Einspritzungen in beiden Fällen fortzusetzen, nur mit dem Unterschiede, dafs bei Korestol jedes Recidiv ausbleibt. — Wenn nur die Resultate des Verfassers von anderen Autoren bestätigt werden! *Hopf-Dresden.*

Studie zur inneren Anwendung des Protargols, von Ruhemann. (Therap. Beilage No. 10 der *Dtsch. med. Wochenschr.* 1899. No. 40.) Verfasser empfiehlt die innere Anwendung des Protargols in Pillen à 0,1 in grofsen Dosen bei Blennorrhoe mit Blasenreizung und bei „Gonokokkenpyämie". *F. Hahn-Bremen.*

Beobachtungen über die Wirkung des Protargols beim Tripper des Mannes, von Tipzeff. (*Wratsch.* 1899. No. 40, 41 u. 42.) Verfasser hat in der dermatologischen Klinik von Prof. Seleneff zu Charkow Versuche mit Protargol an 25 Kranken gemacht, die ihn zur Überzeugung brachten, dafs das Protargol nicht als ein spezifisches Mittel gegen Tripper angesehen werden kann und dafs es nicht besser als die vielen anderen Trippermittel ist. *Arth. Jordan-Moskau.*

Anatomie und Physiologie der Haut.

Bemerkung über die Haare der Negritos auf den Philippinen, von J. Pohl-Pincus. (*Anat. Anz.* 1900. No. 10, 11.) Die charakteristischen Merkmale der Haare der Negritos sind: festes Gefüge der Rindensubstanz (Fehlen der Lichtstreifen), tief satte Färbung des infiltrierten Pigments, verhältnismäfsige Seltenheit und Schmalheit des Markstranges. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über die Durchgängigkeit der unversehrten Haut des Warmblüters, von Gustav Vogel. (*Virchows Arch.* Bd. 156. 199.) Zu diesem viel erörterten Thema bringt Verfasser neue Versuche. Einzelne wollen wir hervorheben. Cyankalium, noch schneller reine Blausäure führen von der Haut aus den Tod herbei, wenn sie erwärmt einwirken; zimmerwarm wirkt Cyankalium weder in alkalischer Lösung noch bei Essigsäurezusatz, welcher ja die Säure frei macht. Kohlenoxyd passierte nicht die Haut, wohl aber Schwefelwasserstoff, Äther, Chloralhydrat in Äther, nicht aber in Alkohol oder in Wasser.

Chloroform dringt in die Haut ein, erzeugt Blutgerinnung und Gefäfsverstopfung und verlegt sich dadurch selbst den Weg. Das Eindringen von Äther und Chloroform wird auch durch Erwärmen befördert. Salicylsäure, in Äther gelöst und mit Paraffinsalbe verrieben, geht bei kräftigem Einreiben in die Haut des Menschen über und ist zehn Stunden nachher im Harne nachweisbar. Die Vorschrift würde lauten:

Acid. salicyl. 5,0
Solv. in Aether paullulo
adde
Ung. Paraffin. 45,0
Mt. exactissime.
Ds. Täglich in die Haut einzureiben.

Ob andere Salbengrundlagen, wie Lanolin, mehr das Eindringen befördern, bleibt weiteren Prüfungen vorbehalten. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

In der physikalisch-medizinischen Gesellschaft zu Würzburg (*Münch. med. Wochenschr.* 1899. No. 48) sprach Frey über **Ortssinn der Haut.** Die Zahl der Stellen im Kubikcentimeter Haut, auf denen die Berührung mit einem Haar gespürt wird, ist an den verschiedenen Stellen des Körpers verschieden. Die Schärfe der Lokalisation und die Zahl der Druckpunkte entsprechen sich durchaus nicht immer. Die behaarten Stellen der Haut zeichnen sich durch grofse Empfindlichkeit, aber auch durch grofse Ermüdbarkeit und geringe Lokalisationsfähigkeit aus; an behaarten Stellen entspricht die Zahl der tastempfindlichen Punkte im Kubikcentimeter genau der Zahl der Haare. Am sichersten kann man zwei Berührungen als an verschiedenen Körperstellen erfolgend unterscheiden, wenn sie nacheinander, am besten mit einem Zwischenraum von einer Minute (? Ref.) vorgenommen werden (Successivschwelle). Soll unterschieden werden, nach welcher Richtung hin im Vergleich zu einer Berührung eine zweite Berührung erfolgt ist, so mufs der zwischen beiden Berührungsstellen liegende Raum beträchtlich gröfser sein als im ersten Falle (Richtungsschwelle). Sollen zwei gleichzeitig erfolgende Berührungen als getrennt empfunden werden, so ist ein verhältnismäfsig sehr grofser Zwischenraum nötig (Simultanschwelle). Dieses eigentümliche Verhalten hat wahrscheinlich seinen Grund in der Ausbreitung der central geleiteten Reize in der grauen Substanz. Die Diffusionskreise der Reize werden sich, wenn letztere gleichzeitig erfolgt sind, zum Teil decken, die Reize werden dann nicht voneinander unterschieden werden können. Erfolgt der zweite Reiz nach dem ersten, so ist der Diffusionskreis des ersten in seiner Peripherie schon abgeklungen, die Kreise decken sich nicht mehr, die Reize werden als verschieden empfunden. Die Simultanschwelle giebt daher auch direkt Aufschlufs über die Diffusionskreise im Centralnervensystem. *Götz-München.*

Über Schweifssekretion, von A. Biedl. (*Wien. med. Presse.* 1899. No. 14.) Unter dem Titel „Hyperidrosis spinalis superior" veröffentlichte Prof. Kaposi im *Arch. f. Dermatol. u. Syph.* Bd. 49. Heft 2—3, einen von ihm beobachteten Fall (Ref. *Monatsh. f. prakt. Dermat.* Bd. 29. Heft 10. S. 494) und gelangte zu dem Schlusse, dafs im vorliegenden Falle die vasomotorischen Centren des oberen Rücken- und des unteren Halsmarkes, vielleicht auch einer noch höheren Region, der Oblongata oder des Gehirns, die Auslösungscentra für die Hyperidrosis und die an dem Kranken annehmbare Hydromyelie das Movens abgeben, letzteres in dem Sinne, dafs durch sie die grofse Reizbarkeit jener vasomotorischen Nervengebilde unterhalten werden mag. Verfasser will nun im folgenden teilweise durch Ergänzung der therapeutischen Ausführungen Prof. Kaposis über den physiologischen Vorgang der Schweifssekretion vom Standpunkte des Experimentators nachweisen, dafs die Auffassung über die Pathogenese dieses Falles als einer lokalisierten, spinalen und bulbären Affektion nicht die einzig richtige, beziehungsweise eine zwingende ist, ob nicht auf Grund der vorliegenden Kenntnisse noch andere Erklärungsmöglichkeiten ins Auge zu fassen sind. — Die Produktion des Schweifses ist an die spezifische Thätigkeit besonderer Drüsenzellen geknüpft, welche durch vom Blute und vom Nervensystem ausgehende Reize, ebenso durch direkte mechanische, elektrische u. s. w. Reizung zur Schweifssekretion angeregt werden, zu welcher das Blut das Material herbeischafft. Im allgemeinen verlaufen arterielle Blutfüllung der die Schweifsdrüsen umspinnenden Gefäfse und die Schweifsproduktion parallel, doch ist dies nicht immer der Fall, z. B. bei Fieber, in der Agonie. Der nervöse Einfluls auf die Schweifssekretion zeigt sich darin, dafs eine Extremität nach vollständiger Anämisierung durch Reizung des Ischiadicus zum

Schwitzen gebracht wird. Die Schweifsnerven verlaufen gemeinsam mit den Gefäfsnerven. Sie entspringen in den Vorderhornzellen des Rückenmarkes und gehen auf dem Wege der vorderen Wurzeln und der Rami communicantes in den Grenzstrang des Sympathicus. Daneben giebt es auch cerebrale Centren für die Schweifssekretion, wie die selten bekannt gewordenen Fälle von willkürlichem Schwitzen auf periphere und centrale Reize hin beweisen, zu den letzteren gehören auch die Reflexe. Unter den centralen Blutreizen spielen Temperatur und Venosität des Blutes eine grofse Rolle; lokale Reize scheinen auch direkt auf das Parenchym der Drüsen zu wirken. Wird das Blut eines erstickten Tieres einem normalen Tiere in die Blutbahn eingespritzt, tritt bei diesem eine profuse Schweifssekretion ein, die sogar an einer Extremität zu beobachten ist, deren Ischiadicus durchschnitten würde. Reflektorisches Schwitzen erfolgt in vielen Fällen nur auf der Reizungsstelle, z. B. Schweifsausbruch im Gesichte nach Genufs saurer oder scharf gewürzter Speisen, auf der erkrankten Seite bei Trigeminusneuralgie. Beim reflektorischen Schwitzen ist zu beachten, dafs jeder plötzliche zentrale Reiz auch zur Erregung von Centren führt, welche sekundär die Schweifssekretion hervorrufen können. — In dem vorliegenden Falle sieht Kaposi die Kälte als einen Reiz an, welcher auf die abnorm stark erregbaren Schweifscentren einwirkt; dann müfsten aber viele andere Reize ebenso wirken. Durch die Kälte werden auch Gefäfsnervencentren erregt, wodurch die Blutbeschaffenheit eine Änderung erfährt. Das Pilokarpin ist ein peripheres und kein centrales Gift, es wirkt auf die äufsersten Nervenendigungen und auf das Parenchym der Schweifsdrüsen. So schwitzt eine bis auf den N. tibialis durchschnittene Extremität nach Pilokarpininjektion nicht, wohl aber noch auf einen centralen Reiz hin; das Pilokarpin wirkt noch in hohen Dosen bei totaler Degeneration des Ischiadicus und nach Lähmung der peripheren Nervenendigungen durch Atropin (direkte parenchymatöse Reizung). Die Versuche Kaposis wurden unter der Voraussetzung ausgeführt, dafs das Pilokarpin central wirkt, sie sind also nicht beweisend. Nach Lösung der eine Extremität komprimierenden Binde schwitzt die Extremität auch ohne Pilokarpininjektion. Die Lokalisation der schwitzenden Bezirke leistet nichts zur Unterstützung der Annahme, dafs das Schwitzen im vorliegenden Falle central bedingt ist, da die Schweifsfasern mit dem centralen Verlaufe des Trigeminus nichts gemeinsam haben. Sie entspringen im oberen Brustmarke, verlaufen im Sympathicus und legen sich erst in der Peripherie an den Ramus intraorbitalis des Trigeminus an. Man könnte im vorliegenden Falle an eine Läsion des Sympathicus, für welche manche Veränderungen an der Pupille sprechen, oder an eine Reizung peripherer Nerven oder des Drüsenparenchyms denken; unaufgeklärt bleibt aber dabei immer die Lokalisation und die abnorme Wirkung der Kälte. *A. Alpár-Alexandria.*

Mikroskopische Technik.

Über die Struktur des Protoplasma der menschlichen Epidermiszelle, von Karl Herxheimer. (*Arch. f. mikrosk. Anat.* 1898. Bd. 53.) Die Struktur der normalen menschlichen Epidermiszelle ist eine wabige, im mikroskopischen Bild netzförmige. Diese Struktur ist eine einheitliche.

Auch an frischen Präparaten, möglichst dünnen Schnitten vom spitzen Kondylom, das vom Lebenden excidiert und sofort mit dem Gefriermikrotom geschnitten wurde, sah Verfasser in den Stachelzellenschichten den netzförmigen Bau. Die Netze sind in den Epidermiszellen in Bezug auf Ausdehnung ihrer Maschen und Dicke der Netzwandungen der Gröfse der Zelle proportional.

In einem „Nachtrage“ berichtigt Verfasser seine frühere Ansicht, dafs die „Protoplasmafasern“ aus dem Material der Wabenwände gebildet werden, dahin, dafs diese Fasern, welche das netzförmige Protoplasma durchsetzen, in den „Netzwänden“ verlaufen. *I. Bloch-Berlin.*

Zur Plasmazellenfrage, von Th. v. Marschalkó. (*Centralbl. f. allg. Pathol. u. pathol. Anat.* Bd. X. No. 21/22.) Verfasser setzt in dieser Arbeit seine Polemik gegen Unnas Anschauungen über die Natur der Plasmazellen fort. Nach ihm ist man nunmehr zu der Einsicht gelangt, dafs die Unnasche Färbemethode keine spezifische Methode zur Darstellung der Plasmazellen ist, und dafs die Tinktionsreaktion allein überhaupt nicht genügt, eine Zelle als Plasmazelle zu diagnostizieren, dafs vielmehr die morphologischen Merkmale jener Zellen es sind, die sie als eine besondere Zellengruppe hinstellen.

Durch Verfasser und alle späteren Untersucher ist festgestellt, dafs die Plasmazellen keinesfalls, wie Unna es wollte, hypertrophische Bindegewebszellen sind, sondern von den kleinen, mononukleären Leukocyten, den Lymphocyten abstammen, also Zellen von leukocytärer Natur sind.

Sie sind also weder mit den Waldeyerschen Zellen noch mit den epitheloiden Zellen identisch. Es ist nach den Arbeiten von Schottländer und Krompecher nur wahrscheinlich, dafs die Plasmazellen sich zu Epitheloidzellen infolge einer Degeneration umwandeln können.

Freilich erkennt Verfasser einen Zusammenhang zwischen Plasmazellen und Bindegewebszellen an. Aber die ersteren entstehen nicht nur, wie Unna glaubt, aus den letzteren, sondern gerade umgekehrt können Plasmazellen sich direkt zu Bindegewebszellen umgestalten.

Schon unter normalen Verhältnissen können sich Plasmazellen im Organismus in den haemopoetischen Organen vorfinden, was dafür spricht, dafs die Plasmazelle keinerlei spezifische Natur besitzt, sondern bei den verschiedensten pathologischen Prozessen stets dieselbe Bedeutung besitzt. Jene progressive Zellthätigkeit, welche sich in der Bildung der Plasmazellen aus den Lymphocyten dokumentiert, kann auch den anderen mononukleären Leukocyten zukommen, die dann auch Plasmazellen bilden können (Pseudo- oder atypische Plasmazellen), die aber morphologisch von den ersteren sich unterscheiden.

Die Plasmazellen stellen in allgemein pathologischer Hinsicht durch eine progressive Zellthätigkeit seitens des sich wehrenden Organismus bei den verschiedensten reaktiven Prozessen aus den Lymphocyten produzierte Zellelemente dar, die den gröfsten Anteil des sog. rundzelligen entzündlichen Infiltrats ausmachen, entweder regressiv zu Grunde gehen oder neues Bindegewebe produzieren.

Von der ganzen Entdeckung Unnas ist nach Verfasser nur die eine Thatsache geblieben, dafs im entzündeten Infiltrat sich eine Zellart als besondere Gruppe erkennen läfst. Aber die Thatsache ist wichtig und Verfasser erkennt ihre Wichtigkeit gern an. Die Entwickelung der Plasmazellenlehre hat dazu beigetragen, bei der Entzündung die Rolle der Leukocyten von der der Gewebszellen zu trennen. *I. Bloch-Berlin.*

Hygiene.

Im ärztlichen Verein München (*Münch. med. Wochenschr.* 1899. No. 31 u. 32) sprach Vogl über die **Verbreitung der ansteckenden Geschlechtskrankheiten in der Armee nebst Bemerkungen über die Therapie der Blennorrhoe.** Die

oft wiederholte Behauptung, dafs die venerischen Krankheiten in der Armee unverhältnismäfsig häufig vorkommen und durch dieselbe viel öfter verschleppt werden als durch die civile Bevölkerung, ist absolut falsch. Die Morbidität an Geschlechtskrankheiten ist in der civilen Bevölkerung viel gröfser als in der Armee; andererseits ist die Verschleppung dieser Krankheiten durch die Soldaten infolge der fortlaufenden strengen Kontrolle wenn auch nicht unmöglich gemacht, so doch auf ein Minimum reduziert. — Die Häufigkeit der venerischen Krankheiten, soweit sie während der Dienstzeit erworben wurde, betrug bis zum Jahre 1893 in der italienischen Armee 9,5 Prozent der Kopfstärke, in der österreichischen 6,4, in der französischen 4,7, in der bayerischen 3,56, in der preufsischen 3,29; in der preufsischen fiel sie bis zum Jahre 1896 auf 2,5, in der bayerischen 1898 auf 2,1 Prozent.

Der neuen spezifischen Behandlungsmethode des akuten Trippers, insbesondere der Janetschen Spülungen und der Neisserschen Protargolbehandlung genüber verhält sich Vogl absolut ablehnend. Seine Ausführungen gipfeln in folgenden, wohl nach jeder Richtung hin anfechtbaren Behauptungen: „Die spezifische baktericide Blennorrhoetherapie erfordert eine durch besondere Kenntnisse, Übung und Erfahrung gewonnene Sicherheit des Arztes, um ohne Gefährdung des Kranken durchgeführt zu werden, und ist deshalb noch nicht geeignet, Allgemeingut der Ärzte zu werden; denn es können nicht alle Ärzte Spezialisten sein. Sie ist noch nicht so gereift und gestaltet, um als typische Methode die zusehende symptomatische Behandlung zu verdrängen; sie ist nicht frei von Nachteilen und nicht sicher in ihren Erfolgen; sie bedarf noch weiterer Forschung und exakter Versuche in gröfserem Mafsstabe von berufener Seite; daran soll aber der Praktiker nur mit Kenntnisnahme und Interesse sich beteiligen, nicht in eigener Bethätigung.“ Vogl plaidierte für die Beibehaltung der alten diätetisch-symptomatischen Behandlung des akuten Trippers. Die chronische Blennorrhoe behandelt Vogl, soweit es sich um circumskripte Veränderungen in der Pars anterior handelt, mit Touchierungen mit Höllensteinlösung unter Leitung des Endoskops, bei Erkrankung der Pars prostatica macht er Spülungen mit Kaliumpermanganat- bezw. mit Protargollösungen, und zwar meist mit gutem Erfolge; bei chronischer Erkrankung der Prostata und der Samenbläschen hat sich die Einführung des Winternitzschen Psychrophors als sehr wirksam erwiesen.

In der sich anschliefsenden Diskussion betont Kopp, dafs die verhältnismäfsig geringe Krankheitsdauer der akuten Blennorrhoe (circa 45 Tage) im Münchener Garnisonslazarett ein sehr gutes Resultat darstellt, das in der Civilbevölkerung nicht erreicht wird; allerdings erscheint es doch fraglich, ob die als geheilt aus dem Lazarett entlassenen Soldaten auch wirklich definitiv von ihrer Blennorrhoe befreit sind. Die diätetisch-symptomatische Behandlung ist in der Civilbevölkerung nur in den seltensten Fällen durchführbar. Die Einwendungen Vogls gegen die Behandlung mit Höllenstein läfst Kopp nicht gelten; Verwendung mäfsig starker Lösungen (0,3—0,1 : 100,0) bringt sicher nie Schaden. — Eyerich hebt hervor, dafs nach seinen Erfahrungen im Münchener Garnisonslazarett die akute Blennorrhoe bei Verwendung von Protargol rascher ausheilt als bei Anwendung von Höllenstein oder Kaliumpermanganat. *Götz-München.*

Prostitution, von Jessner. (*Biblioth. d. ges. med. Wissensch.*) Wenn unsere Gesetzgeber so vernünftig und vorurteilslos zu denken im stande wären wie der Verfasser dieser kleinen Abhandlung, so wären wir im siegreichen Kampf gegen die Prostitution und ihre Folge sicher schon um ein gutes Stück weiter als wir es in der That sind. Die Lektüre der vorliegenden Abhandlung ist auch nichtärztlichen Kreisen aufs wärmste zu empfehlen. Möchten sich nur recht viele Leser zu den Anschauungen

Jessners bekennen oder bekehren lassen, insbesondere zu dem Satze, mit dem er seine Arbeit schliefst: „Die Prostitutionsfrage ist ein Teil der sozialen Frage“.

Götz-München.

Allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie der Haut.

In den Pariser Académie de Médecine (*Journ. d. Praticiens.* 1899. No. 30) sprachen Robin und Leredde über die **Rolle der Dyspepsien bei der Entstehung einiger Hautkrankheiten**. Der vielfach erörterte Zusammenhang zwischen Dyspepsien und gewissen Hautkrankheiten, wie Ekzem, Prurigo, Lichen, Hyperhidrose, Furunkulose, Urticaria, Akne, Seborrhoe, wird hergestellt durch Vermittelung des in gewisser Beziehung veränderten Blutes, dann durch die bei Dyspepsien im Organismus sich bildenden toxischen Stoffe, deren Ausscheidung der Haut obliegt, und insbesondere durch die Wirkung des Schweifses, dessen Acidität vermehrt ist. Die Therapie hat in erster Linie die mit der Dyspepsie einhergehenden Gährungsvorgänge zu bekämpfen.

Götz-München.

Albuminurie und akute diffuse Nephritis im Verlaufe einiger Hautkrankheiten (Scabies, Ekzem), von Pechkranz. (*Wien. med. Wochenschr.* 1899. No. 51.) Es ist nicht zweifelhaft, dafs Hautaffektionen an sich ohne Mitwirkung differenter Heilmittel Nierenaffektionen hervorzurufen vermögen. Ein Fall von Scabies mit Ekzem, in dem Nephritis mit Urämie bestand, ohne dafs innerlich oder äufserlich Medikamente gebraucht worden waren, gab dem Verfasser Veranlassung, diese Komplikation von Hautleiden genauer ins Auge zu fassen. Zunächst wurden 128 junge Leute mit Scabies und Ekzem untersucht. In 24 Fällen (ca. 20%) wurde Albumen schon vor Eingreifen der Therapie im Harne nachgewiesen. In acht Fällen betrug die Eiweifsmenge $^1/_2$—2‰, in vier Fällen bestand ausgesprochene Nephritis. Verfasser legt zunächst dar, dafs die gefundene Albuminurie keine physiologische sein konnte, vielmehr mit der Hautaffektion in Verbindung gebracht werden mufste. Sicher besteht dieser Zusammenhang auch für die Fälle ausgesprochener Nephritis. Die diesbezüglichen spärlichen Angaben in der Litteratur werden citiert, darunter sind von besonderem Interesse sieben Fälle von akuter Nephritis im Verlaufe des Ekzems, die Bruhns mitteilt; zwei von diesen sind allerdings nicht ganz einwandfrei. — Die Pathogenese der Nephritis nach Hautaffektionen ist nicht klar. Infektion oder Intoxikation können eine Nephritis auslassen. Vielleicht rufen durch die verletzte Haut eindringende Parasiten resp. deren Toxine dieselbe hervor, vielleicht werden von der Haut aus Zerfallstoffe resorbiert, die eine Nierentzündung bewirken.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Hautaffektionen bei Nierenerkrankungen, von Samuel West. (*Brit. med. Journ.* 11. März 1899.) Man kann zwei Gruppen unterscheiden:

1. Hautausschläge in Verbindung mit Ödem. Sie sind meistens erythematöser Natur, vorübergehend, rufen nur wenig sonstige Erscheinungen hervor und sind, wenn auf einzelne Stellen beschränkt, von geringer klinischer Bedeutung. Die Prognose ist desto ungünstiger, je weiter sich solche Ausschläge ausdehnen. — Ekzeme, phlegmonöse, ja gangränöse Entzündungen der Haut sind bei der geringen Widerstandsfähigkeit derselben gegen pathogene Mikroorganismen nicht selten. Die Punktion oder Drainage ödematöser Körperteile unter mangelhafter Antisepsis bilden die nähere Veranlassung dazu. Die Gefahr des Ausbruchs solcher Affektionen kann bei strikter Beobachtung der Antisepsis gänzlich vermieden werden.

2. Hautausschläge ohne Ödeme treten fast ausschliefslich bei granulierender Niere auf und werden ebenfalls erst von ernster Bedeutung, wenn sie sich über den ganzen Körper ausdehnen. Die universellen Ausschläge zeigen einen mannigfaltigen Charakter. Man beobachtet Erytheme, Pityriasis rubra, Dermatitis exfoliativa, universelles Ekzem, diskrete, papulöse, bisweilen lichenartige, zuweilen auch urticariaähnliche Ausschläge, während Hauthämorrhagien, Purpura trotz der bei granulierender Niere so häufig auftretenden Blutungen aufserordentlich selten sind. — Die Ausschläge treten, welcher Art sie auch sein mögen, meistens erst in einem sehr vorgerückten Stadium der Nierenkrankheiten auf. *C. Berliner-Aachen.*

Über das normale Vorkommen von Arsenik in verschiedenen Organen der Tiere, von Gautier. (*Semaine méd.* 1900. No. 6.) Verfasser hat unter ganz normalen Verhältnissen, das heifst, ohne dafs Arsenik künstlich in den Organismus gebracht worden war, diesen Stoff nicht allein in der Glandula Thyroidea, wie er dies früher schon mitgeteilt, vorgefunden, sondern auch in der Haut und deren Adnexa: Haare, Nägel, Hörner etc., spurweise fand er solches auch in der Milch, den Milchdrüsen, der Thymus, den Knochen. In der Leber, der Milz, dem Magen, dem Darm, dem Pankreas vermochte er aber keines nachzuweisen, ebensowenig im Urin und den Faeces gesunder Individuen. Die Elimination des Arseniks findet somit durch die Haut und deren Anhängsel statt. Eine Folge hiervon ist das oft aufserordentlich starke Wachstum der Haare nach vermehrter Arsenikelimination, wie z. B. nach einer Arsenikkur. In den Organismus gelangt der Arsenik vornehmlich durch gewisse Nahrungsmittel, wie Kohl, Kartoffeln, Rüben etc. Die Gesamtmenge des im Körper unter normalen Verhältnissen vorkommenden Arseniks ist im ganzen jedoch gering und beträgt etwa $^1/_{200\,000\,000}$ des Körpergewichts. *C. Müller-Genf.*

Klinisch-histologische Untersuchungen über die Anheilung ungestielter Hautlappen, von Wilhelm Braun. (*Beitr. z. klin. Chir.* Bd. XXV. Heft 1.) Die klinischen Beobachtungen stehen im Widerspruch mit den histologischen Befunden, welche Enderlen bei der Überpflanzung ungestielter Hautlappen erhalten hat, da dieser einen Untergang fast sämtlicher überpflanzter Gewebe feststellte. Verfasser hat deshalb die Untersuchungen wiederholt. Er kam zu ganz anderen Ergebnissen. Die Hauptelemente des Bindegewebes, die elastischen und fibrillären Fasern bleiben erhalten; das bedingt auch die elastische und weiche Haut, welche nach Überpflanzung Krausescher Lappen vorhanden ist. Wahrscheinlich stammt auch der gröfste Teil der Bindegewebszellen von dem alten Lappen. Das Verhalten der Papillen ist ein verschiedenes; in manchen Fällen bleiben sie jedenfalls ganz intakt. Dasselbe gilt auch vom überpflanzten subcutanen Fettgewebe. Das Epithel erneuert sich nur zum Teil vom Rande her; vielmehr sieht man zahlreiche Epithelnischen sich bilden, wie ein abgebildeter Fall beweist. Über die Fortexistenz der nervösen Elemente enthält sich Verfasser jeden Urteils, alle Cutisbestandteile aber bleiben lebensfähig; eine Regeneration erfährt nur das Epithel. — Die Ernährung des Lappens erfolgt in der ersten Zeit jedenfalls durch Saftströmung, plasmatische Zirkulation. Allmählich wachsen neue Gefäfse hinein, finden aber auch die alten Anschlufs an die allgemeine Zirkulation. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Zur Kenntnis der hyalinen Degeneration, von Ad. Czerny. (Verhandl. des XVII. Kongr. für Innere Medizin.) Hyalin und Amyloid können nur im kranken Organismus abgelagert werden und bestehen bleiben und werden vom gesunden rasch zerstört. Wenn man bei Tieren solche Degenerationen hervorrufen will, mufs man sie in ihrem Ernährungs-, richtiger gesagt Stoffwechselzustande schwer schädigen.

Verfasser erzielte dies durch intensive und monatelang unterhaltene Eiterungsprozesse. Krawkow durch die Infektion seiner Versuchstiere mit pathogenen Mikroorganismen. Das Wesentliche ist, dafs die Tiere erst kachektisch werden müssen, ehe Amyloidentartung hervorgerufen werden kann. Wenn man dabei durch histologische Untersuchungen die Genese des Amyloids verfolgt, so ergiebt sich, dafs stets zuerst Hyalin nachweisbar ist. Der Organismus verliert also bedeutend früher die Fähigkeit, Hyalin zurückzulassen, ehe Amyloidentartung eintritt. *l. Bloch-Berlin.*

Verschiedenes.

IV. Internationaler dermatologischer Kongrefs, Paris 1900.

Der IV. internationale Kongrefs für Dermatologie und Syphilidologie wird vom 2.—9. August in Paris (Hôpital St. Louis) tagen.

Der Mitgliederbeitrag ist mit 25 Francs (20 Mark) festgesetzt.

Nach einem mit dem Comité des XIII. internationalen medizinischen Kongresses, welcher zur selben Zeit unter dem Vorsitz des Herrn Prof. Lannelongue in Paris tagen wird, getroffenen Übereinkommen wird die Sektion Dermatologie und Syphiligraphie desselben mit dem IV. internationalen Dermatologen-Kongrefs vereinigt.

Demzufolge werden die Mitglieder des IV. internationalen Dermatologen-Kongresses ohne weitere Anmeldung auch als Teilnehmer des XIII. internationalen medizinischen Kongresses betrachtet.

Anmeldungen von Mitgliedern und Vorträgen, sowie andere den IV. internationalen Dermatologen-Kongrefs betreffende Mitteilungen werden entweder vom Generalsekrekretär, Herrn Dr. Georges Thibierge, 7 rue de Surène, Paris, oder vom Sekretär des betreffenden Landes entgegengenommen.

Sekretär für Deutschland: Prof. C. Riehl, Leipzig; für Österreich: Dr. E. Spiegler, Wien; für Ungarn: Dr. L. Török, Budapest.

Für die Tagesordnung wurden vom Organisations-Comité folgende Themata gewählt:

1. Der parasitäre Ursprung der Ekzeme. Referenten: Kaposi, Unna, Jadassohn, Galloway, Brocq, Bodin und Veillon.

2. Die Tuberkulide. Referenten: Boeck, Colcott Fox, Campana, Riehl, Darier.

3. Ätiologie und klinische Formen der Alopecia areata. Referenten: Lassar, Mibelli, Norman Walker, Pavloff, Sabouraud.

4. Die Leukoplasien. Referenten: Morrow, Behrend, Pringle, Perrin.

5. Die Kombination von Syphilis mit anderen Infektionskrankheiten und anderen gegenseitigen Einflüssen. Referenten: Neisser, Bulkley, Ducrey, Hallopeau.

6. Die Nachkommen hereditärer Syphilitischer. Referenten: Hutchinson, Tarnowski, Finger, L. Jullien.

7. Die Ursachen der Generalisation der blennorrhagischen Infektion. Referenten: Taylor, Lesser, Tommasoli, Arthur Ward, Balzer.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XXX. No. 8. 15. April 1900.

(Aus Dr. Unnas dermatologischem Laboratorium zu Hamburg.)

Ein neuer pathologisch-anatomischer und klinischer Beitrag zur Kenntnis des Ainhums.

Von

Juliano Moreira, M. D.
vom Medizinischen Institut zu Bahia (Brasilien),
Sekundärarzt vom St. Isabella-Hospital.

(Mit 3 Abildungen im Text.)

Die wiederholt aufgestellte Behauptung des Leprologen Zambaco Pascha, daſs Ainhum und Lepra identisch seien, und die Wichtigkeit, im Interesse der allgemeinen Pathologie vergleichende Untersuchungen anzustellen über das Auftreten der Krankheiten in verschiedenen Klimaten und bei den verschiedenen Menschenrassen, sowie schlieſslich der Umstand, daſs mir die Gelegenheit geboten war, in Herrn Dr. Unnas Laboratorium und unter Benutzung seiner wertvollen Ratschläge die pathologisch-anatomischen Studien über diese Krankheit auszuführen, rechtfertigen die Veröffentlichung der vorliegenden Bemerkungen.

Diese Krankheit, über welche Clarke 1860 an die Epidemiological Society berichtete, als „eine bei den Eingeborenen der Goldküste vorkommende trockene Gangrän der kleinen Zehe," wurde unabhängig hiervon zuerst genau beschrieben von dem wohlbekannten Dr. da Silva Lima von Bahia (Brasilien) in der *Gazeta Medica da Bahia*, den 1. und 15. November 1867, in einem Artikel: Estudo sobre o Ainhum, molestia aindañao descripta peculiar á raça ethiopica etc. Dieser sorgfältige Beobachter bevorzugte den afrikanischen Namen, den er von den Patienten selbst, den Nagôs, afrikanische Neger, kennen lernte, und den diese „Ai-nhum" mit dem Nachdruck auf der ersten Silbe auszusprechen pflegten. Sie erklärten, daſs das Wort „sägen" bedeute. Andere afrikanische Neger, die Iljês, nennen die Krankheit „Gudurum". Einer der von Dr. Lima beobachteten Patienten nannte sie „Affavi-burum-cuè", aber die Bedeutung dieser Bezeichnung war nicht zu eruieren. Den Ausdruck „quijila", eine

Verstümmelung des portugischen Wortes „quizilia“ (zu Deutsch: Abscheu) sollte man füglich als Synonym für Ainhum nicht mehr verwenden, denn derselbe führt unvermeidlich zu Verwechselungen mit einer anderen Affektion von ganz anderer Art. Quijila nämlich bedeutet Lepra mutilans der Finger, die Gafeira der portugiesischen Autoren.

Dr. A. Collas, ein Schiffsarzt in der französischen Marine, schilderte (*Archives de Méd. Navale.* Nov. 1867. S. 357) Fälle dieser Krankheit, die er in Pondicherry bei Indiern der Tamulgattung von gemischter arischer Abstammung beobachtet hatte, und gab dem Leiden den Namen „Exérèse spontanée“.

Dr. C. Beauregard in Hâvre (*Des déformités des doigts.* Paris 1875) schlug den Namen „Dactylolyse“ als einen Sammelnamen für alle zu Deformitäten der Finger und Zehen führende Affektionen vor; er schliefst Ainhum dabei ein, welches er als Dactylolysis essentialis bezeichnet, indem er diesen Namen der Collasschen Exeresis spontana vorzieht, weil damit zugleich die Lokalisierung des Leidens angegeben wird.

Dr. da Silva Lima bestätigte die Bedeutung des Wortes „Anyum“ oder „Ainhum“ nach seiner Auffassung der Verwendung desselben seitens der Nagôneger. In der That wird auch in dem *Grammar and dictionary of the Yoruba Language* des Pastors J. T. Bowen (Washington City, 1858) angegeben, dafs das Wort Anyum oder Ainhum eine Säge oder Feile bedeute, wobei hinzugefügt wird, dafs das „A“ gedehnt gesprochen wird, wie in dem englischen Wort „father“.

Das Wort Ainhum mufs man phonetisch für die französische Aussprache Ágnoum schreiben, für die spanische „añum“, für die englische annähernd „ay-nyoom“ mit der Betonung auf der ersten Silbe und für die deutsche „aínjum“.

Geographische Verbreitung.

Es ist nicht leicht, die geographische Verbreitung des Ainhums genau zu kennen aus dem Grunde, weil viele Ärzte die Affektion mit anderen zusammen geworfen haben. Dieser Fehler hat auch den Irrtum Zambaco Paschas, dafs Ainhum eine Abart der Lepra mutilans sei, veranlafst. Indessen will ich wenigstens eine kurze Zusammenstellung der aus den verschiedenen Weltgegenden vorliegenden Berichten versuchen.

Süd-Amerika. Aus Süd-Amerika liegen Beobachtungen vor aus Brasilien und Argentinien, jedoch stammen dieselben alle aus den Städten Bahia, Pernambuco, Rio de Janeiro und Buenos Ayres. Ich habe selbst in den Jahren 1897—98 eine längere Reise durch Brasilien bis nach Argentinien gemacht und habe dabei im ganzen Lande keine Fälle angetroffen aufser in Bahia, Pernambuco und Rio. Bei den Ureinwohnern habe ich Ainhum nicht beobachtet. Dr. da Silva Lima berichtet über

einen einzelnen solchen, den er im Charity-Hospital zu Bahia behandelt hat. An der Basis der vierten Zehe fand sich eine mäfsige, halbkreisförmige Einziehung ganz in der Art, wie solche bei den afrikanischen Negern im ersten Stadium der Krankheit gefunden wird.

In Bahia werden die Fälle, denen man vor 40 Jahren oft genug begegnete, zur Zeit immer seltener, teils durch die allmähliche Verminderung der Zahl der hiesigen afrikanischen Neger und teils, weil ihre in Brasilien geborenen Abkömmlinge weniger zu der Krankheit disponieren. Im Jahre 1867 schrieb Dr. DA SILVA LIMA: „es giebt wenige Ärzte in Bahia, die nicht solche Zehen bereits operiert hätten." Im Laufe einer zwölfjährigen Praxis habe ich 19 solche Fälle gesehen. Bis jetzt habe ich die Affektion bei den gemischten Nachkommen der Afrikaner niemals beobachtet. Indessen kommen in der Privatpraxis und seltener in den Hospitälern einzelne Patienten vor. Sehr richtig schreibt Dr. DA SILVA LIMA, dafs solche Fälle viel häufiger angetroffen werden würden, wenn die so Behafteten nicht anstatt an die Ärzte sich an ihre Genossen und Landsleute wendeten, um sich die kranken Glieder amputieren zu lassen. Auch werden die betreffenden Teile oftmals durch Umschnüren mit einem Bindfaden beseitigt oder auch durch Abtragen mit einem Rasiermesser. Jedoch haben sich jetzt nach der vollständigen Aufhebung der Sklaverei und bei der grofsen Ausdehnung der Schulen sowie auch durch die Errichtung des neuen grofsen Hospitals (St. Elisabeth) die Verhältnisse erheblich geändert.

In Rio de Janeiro ist die Affektion von MONCORVO DE FIGUÉREDO, PEREIRA GUIMARAES, MARTINO COSTA und BAPTISTA DOS SANTOS konstatiert worden. Zur Zeit aber kommt sie dort sehr selten vor.

In Pernambuco habe ich einen Fall gesehen. In Buenos Ayres sind Ainhumfälle von Dr. PIROVANO und E. CONI beobachtet worden. In British Guiana hat VON WINCKLER in Georgetown 20 Fälle gesehen.

Nord-Amerika. Im Staate North Carolina wurde Ainhum von HORNADAY und PITMAN konstatiert. O. HORWITZ in Philadelphia und SHEPHERD in Canada fanden beide die Affektion bei Negern, die aus North Carolina herstammten. Dr. JAMES EVANS berichtet über einen Fall bei einem 74jährigen Neger in Darlington, South Carolina. MATAS beobachtete mit DELL'ORTO zusammen den ersten Fall in Louisiana. O. R. H. DAYS und J. L. OSLATER konstatierten ebenfalls das Vorkommen der Krankheit in Louisiana. Der von DUHRING geschilderte Fall stammte aus West-Virginia. Dr. PYLE hat im Emergency-Hospital zu Washington einen Fall gesehen. OHMANN-DUMESNIL und JAMES HERRICK berichten ebenfalls über Fälle in Nord-Amerika, dagegen ergiebt die Statistik der American Dermatological Association aus den Jahren 1877—1893, dafs unter 204866 Fällen von Hautkrankheiten

kein einziger Fall von Ainhum zu verzeichnen war. Doch beweist dieser Umstand nicht die absolute Seltenheit der Affektion, denn unzweifelhaft giebt es viele Fälle, welche sich der ärztlichen Beobachtung entziehen, und aufserdem kommen die meisten Patienten in die chirurgischen und nicht in die dermatologischen Abteilungen. Auch mufs hinwiederum in Betracht gezogen werden, dafs in Nord-Amerika ebenso wie in Brasilien die von Ainhum befallenen Personen sich meist von ihren Kameraden die kranken Zehen entfernen lassen, da letztere häufig nur durch einen blofsen Fetzen von Gewebe mit dem Fufse verbunden sind. Indessen schreibt Dr. WALTER L. PYLE (Washington): „Ainhum ist eine viel häufigere Krankheit, als man bisher angenommen hat, und mufs demnach unsere sorgfältige Beachtung in Anspruch nehmen."

Auf den Antillen, den westindischen Inseln, hat E. A. G. DOYLE mehrere Fälle im Fernando-Hospital auf Trinidad gesehen, sowie Dr. PONTOPPIDAN in St. Thomas und Dr. GORGOVA in Havannah.

Küste von Afrika. Dr. DA SILVA LIMA hatte nach den Berichten der in Brasilien lebenden afrikanischen Neger erklärt, dafs die Affektion an der Westküste von Afrika keine Seltenheit sei. Dies ist 1891 von Dr. DIGBY bestätigt worden, wobei hinzugefügt wird, dafs die zu der Rasse der Krumen gehörigen Schwarzen am meisten dazu disponieren. MESSUM erwähnt das Vorkommen dieser Krankheit in der südafrikanischen Republik und betont ihr häufiges Auftreten namentlich unter den Kaffern. CLARKE und EYLES ferner haben dieselbe an der Goldküste vorgefunden.

Dr. CORRE, Arzt in der französischen Marine, schildert einen auf Nossi-bé, einer Insel an der Nordwestküste von Madagaskar, beobachteten Fall. Von den Eingeborenen wird die Affektion „Faddiditi" genannt. Ferner liegen darüber Berichte vor aus Réunion und Algier sowie von MILTON aus Cairo und CRESSWELL in Suez, welche Sklaven damit behaftet fanden.

Asien. Von britischen Ärzten in Indien ist gezeigt worden, dafs jedenfalls dieser Teil Asiens keine Immunität in dieser Beziehung geniefst. WISE in Dacca, SMYTH und CROMBIE in Calcutta, HENDERSON in Bombay sowie WARDEN, SEN, CRAWFORD und COOPER in anderen südlichen Provinzen von Indien haben sämtlich diverse Fälle dieser Art konstatiert. In China ist auch über einen Fall berichtet, und aus Ceylon liegen verschiedentlich Berichte von britischen Ärzten vor. In Bezug auf Indien giebt CRAWFORD an, dafs auf 2500 chirurgische Aufnahmen in den Spitälern ein Fall von Ainhum trifft. Auch enthält der *Archivo Medico Idiano* einen in Goa beobachteten Fall. Ferner sind die von Dr. COLLAS (vide oben) in Pondicherry beobachteten Fälle zu erwähnen.

Oceania. Die Krankheit ist in Polynesien häufig konstatiert worden.

Europa. Die in Europa beobachteten Fälle sind entweder ein-

geschleppte oder zweifelhafter Art. Zwar sind von MIRAULT, FRONTAN u. a. Berichte über das Vorkommen von Ainhum bei Europäern veröffentlicht worden, aber aus verschiedenen Gründen walten hierbei einige Zweifel ob.

Symptome.

Ainhum äufsert sich zunächst als eine nicht vollständig kreisförmige, seichte Einschnürung oder Furche an der inneren und unteren Fläche der Basis der Zehe genau auf dem Niveau der Falte zwischen Zehe und Fufssohle. An dieser Furche ist dabei die Haut sowohl verdickt als auch verhärtet, aber in diesem Stadium bestehen weder entzündliche Erscheinungen noch eigentliche Schmerzen, wodurch die Aufmerksamkeit des Patienten erregt werden könnte. Eher könnte man von einer Art Pruritus reden. Auch ist die Beweglichkeit des ergriffenen Teiles nicht beeinträchtigt. Späterhin sieht man vielleicht, dafs die Zehe, wenn es sich um die kleine Zehe handelt, sich allmählich an der Wurzel von ihrem Nachbar ablöst. Das distale Ende dagegen hat die Neigung, sich nach innen umzubiegen und bildet somit einen Winkel mit der Ebene der Einschnürung. Allmählich vergröfsert sich die Furche auf dem ganzen Umfang der oberen und äufseren Teile der Zehe bis zur Bildung eines vollständigen Ringes. Dann schwillt allmählich die Zehe an und sieht aus, als ob sie mit einem feinen Faden abgebunden wäre. Gelegentlich wird über Schmerzen im Fufse geklagt aber nicht konstant. Häufiger kommt es vor, dafs die Furche und die anliegenden Flächen auf Berührung empfindlich sind. Wenn die einschnürende Ringbildung vollendet ist, wird die einstmals seichte Einziehung eine tiefe, schmale Ritze und sieht aus, als ob der Metalldraht eines Ekraseurs sich in die Gewebe versenkt hätte, wie Dr. DA SILVA LIMA treffend bemerkt.

Diese langsame aber progressive Strangulation der Zehe erreicht einen solchen Grad, dafs von dem Zusammenhang mit dem Fufs schliefslich nichts übrig bleibt als ein kurzer, schmaler Stiel, den man nur mit Mühe durch Zurückdrängen der Ränder der Furche sich zu Gesicht bringen kann. Auf dem Grunde derselben erkennt man dann manchmal einen Ulcerationsprozefs, manchmal blofs das Vorhandensein von Borken. Wenn Ulcerationen bestehen, ist die Spalte mit einer foetiden, eitrigen Flüssigkeit befeuchtet, sobald der erkrankte Fufs längere Zeit nicht gebadet worden ist. In der Umgebung der Wunde wird die Haut derbe, und das distale Ende der Zehe wächst bis zum Doppelten und selbst Dreifachen der normalen Gröfse an, während die Form ins Rundliche übergeht und sie wie eine Spielmarmel oder eine kleine Kartoffel aussieht. Der Nagel bleibt unversehrt oder wird höchstens ein wenig gefurcht und dreht sich infolge der teilweisen Drehung der Zehe nach aufsen. Im Endstadium der Krankheit nimmt die Zehe abnorme Beweglichkeit an.

läfst sich nach jeder Seite beliebig hin und herbiegen und sogar ein wenig um die eigene Axe nach beiden Richtungen drehen. Um diese Zeit ist die erste Phalanx der Furche entsprechend total verschwunden. Schmerzen, welche in der ersten Periode der Affektion nur unbedeutend oder zum wenigsten nicht heftig waren, treten jetzt bei manchen Fällen sehr lebhaft hervor und verschlimmern sich bei jeder Bewegung des Gliedes. Viele Patienten stopfen die Furche mit einem Faden, einer Wattewieke oder einem Tuchstreifen aus, um so viel als möglich alle Bewegungen der Zehe zu verhindern, und um die Berührung derselben mit der Erde zu vermeiden, was durch das vermehrte Gewicht und die damit verknüpfte Senkung nach abwärts gerade sehr leicht vorkommt.

Lokalisierung.

Bis zur Zeit der Veröffentlichung seiner ersten Abhandlung (1867) kannte Dr. DA SILVA LIMA keinen Fall, bei dem die Läsion eine andere Lokalisierung zeigte als an der kleinen Zehe, d. h. an einer oder an beiden kleinen Zehen gleichzeitig oder nach einander. Im Jahre 1880 erwähnt er einen von Dr. PATERSON-Bahia beobachteten Fall, bei dem die vierte Zehe allein affiziert war, sowie einen ähnlichen Fall von Dr. HALL-Bahia. Ähnliche Fälle sind in Rio de Janeiro gesehen worden, einer von Prof. BAPTISTA DOS SANTOS und ein anderer von Prof. PEREIRA GUIMARAES.

Dr. E. CONI konstatierte eine ähnliche Lokalisierung in Buenos-Ayres. CROMBIE erwähnt eine simultane Amputation der vierten Zehe auf beiden Seiten, und auch PONTOPPIDAN sah einen gleichen Fall bei einer Negerin auf der Insel St. Thomas. EYLES hat bei einem Neger die zweite Zehe befallen gefunden, und Dr. RODRIGUEZ DE GONGOVA hat das Gleiche gesehen, COOPER thut eines jungen Brahminen Erwähnung, der seine linke Zehe durch Ainhum einbüfste, und SEN spricht von einem mit einer überzähligen Zehe behafteten Kinde, dessen Vater, ein Hindu, durch Ainhum eine Zehe verloren hatte.

Andere Lokalisierungen (Finger, Arme, Beine) erwähne ich nicht, denn bei solchen ist die Diagnose nicht unanfechtbar. Ich habe nur zweimal das Leiden an einer anderen Stelle als an der kleinen Zehe gesehen.

Gewöhnlich wird angegeben, dafs die tiefste Stelle, wo die strangulierende Umschnürung einsetzt, sich an einem der Gelenke befinde, und im Falle von OHMANN-DUMESNIL war sogar das Endgelenk affiziert, wenn man auch zugeben mufs, dafs die diesbezügliche Mitteilung mehr auf der äufseren Betrachtung als auf anatomischer Untersuchung zu beruhen scheint. Dafs die Gelenke nicht unbedingt die einzigen ergriffenen Stellen sind, scheint durch die Bevorzugung der Digito-plantar-Falten erwiesen zu sein. EYLES sagt, dafs die Einschnürungsebene bei seinen Fällen durch die Mitte der ersten Phalanx hindurch ging, und auch nach SHEPHERDs Be-

schreibung ging die Schnürungsfurche durch den Knochen hindurch. Das gute Skiagramm, das Dr. PLAUT für mich angefertigt hat, beweist, dafs der Prozefs der Ostitis rareficiens sich nicht auf den unmittelbar unter der Einschnürung gelegenen Teil beschränkt. Auch besitze ich noch ein zweites Skiagramm, aus welchem hervorgeht, dafs der Krankheitsprozefs auf der proximalen Phalanx lokalisiert ist und nicht durch das Gelenk hindurchgeht.

Kasuistik.

Fall I. L. C. P., afrikanischer Neger, 55 Jahre alt, Maurer, kam zuerst am 15. September 1895 in meine Behandlung. Hereditäre Belastung in Bezug auf Ainhum und Lepra negativ. In früheren Jahren ist Patient stets gesund und kräftig gewesen. Er ist angeblich niemals venerisch krank gewesen, und es finden sich auch keine Spuren von überstandener Syphilis.

Status praesens. Patient ist von mittlerer Gröfse und kräftigem Körperbau. Die übliche Untersuchung ergab einen mäfsigen Grad von Arteriosklerose, im übrigen einen negativen Befund, abgesehen von der kleinen Zehe am rechten Fufse. Mit besonderer Sorgfalt wurde er auf etwaige Nervenstörungen und Lepra hin untersucht doch mit einem durchaus negativen Ergebnis. Es fanden sich keinerlei Veränderungen in den motorischen und sensiblen Funktionen noch im reflektorischen Apparat. In Bezug auf Berührung, Druck, Schmerz und Temperatur war, abgesehen von der erkrankten Zehe, eine Abnormität nicht zu konstatieren. Muskelsinn intakt. Irgend eine Beeinträchtigung der spezifischen Sinnesorgane war nicht nachzuweisen.

Die kleine Zehe am rechten Fufs war vergröfsert und kugelförmig und sah aus etwa wie eine kleine, runde Kartoffel. Dieselbe war mit dem übrigen Teil des Fufses durch einen sehr schmalen Stiel verbunden. Letzterer war eben lateralwärts von der Mitte der Zehe gelegen und schien aus Haut und Bindegewebe zu bestehen. Patient hatte vor etwa 25 Jahren an der Falte zwischen Zehe und Fufssohle eine Furche bemerkt, welche allmählich gröfser wurde und fortwährend erhebliche Schmerzen verursachte. Dabei war die Zehe immer gröfser geworden.

Der Nagel war noch vorhanden, war aber klein, voll Furchen und trocken. Die Haut an diesem Teil war ganz unempfindlich, doch sagte der Kranke, dafs er seit vielen Monaten Schmerzen gehabt habe, namentlich wenn die Zehe bewegt wurde.

Die anderen Zehen zeigten nichts Besonderes. Sensible Störungen nicht vorhanden. Patient war gewohnt, mit bloßen Füßen zu gehen und hatte infolge seines Berufs viele Verletzungen an der erkrankten Zehe zu erleiden gehabt. Ich nahm eine Aputation an der Metatarso-phalangealen Grenze vor, denn ich wünschte die Furche zu untersuchen.

Fall II. J. H., afrikanischer Neger, 48 Jahre alt, Schmied, konsultierte mich zuerst am 10. Januar 1892. Hereditäre Belastung lag, was Ainhum und Lepra betrifft, nicht vor. Er hat niemals eine venerische Krankheit gehabt und zeigt auch objektiv keine Spuren von Syphilis. Er war stets ein kräftiger, gesunder Mann.

Status praesens. Patient ist ein Mensch von gutem Körperbau. Die übliche Untersuchung ergab ein negatives Resultat aufser in Bezug auf die zwei kleinen Zehen. Trotz speziell darauf gerichteter Aufmerksamkeit waren irgend welche auf Lepra oder auf Erkrankung des Nervensystems deutende Symptome nicht nachzuweisen. Auch war von einer Störung im motorischen und sensiblen oder reflektorischen Apparate gar nichts zu finden. Die Wahrnehmung von Druck, Berührung, Schmerz und Temperatur war, abgesehen von den erkrankten Zehen, normal. Die

beiden kleinen Zehen waren vergrößert, kugelförmig und hatten das Aussehen von kleinen Kartoffeln. Ich habe den Umfang beider kleinen Zehen gemessen, wobei sich folgende Zahlen ergaben: Umfang auf dem Grunde der Furche: rechts 4½ cm, links 4 cm; Umfang der distalen Phalanx: rechts 8, links 7½ cm. Im Anfang war da eine kleine Furche gewesen, welche allmählich zunahm und die Zehe immer mehr einschnürte, als ob dieselbe mit einem Faden umwickelt worden wäre. Ganz allmählich war sie dann im Laufe von etwa 6 Monaten immer mehr gewachsen. Viele Monate hindurch hatte der Kranke lebhafte Schmerzen ausgestanden, namentlich wenn die Zehen bewegt wurden.

Sensibilitätsverhältnisse an beiden Füßen: 1. Auf Berührung: Die Untersuchung mit Webers Ästhesiometer zeigt, daß die Haut an den Füßen in dieser Hinsicht normal ist, daß dagegen an den kleinen Zehen die Empfindlichkeit herabgesetzt ist. An den Füßen wird die leiseste Berührung vom Patienten wahrgenommen und richtig lokalisiert. 2. Schmerzempfindung: Dieser Sinn ist an den Füßen normal, an den kleinen Zehen herabgesetzt. 3. Temperatursinn: an den Füßen normal, an den kleinen Zehen teilweise Thermo-anästhesie vorhanden. Die anderen Zehen ließen keine Abweichungen von der Norm erkennen. Die Nägel der affizierten Zehen waren noch erhalten, aber klein, rissig und trocken. Die Füße waren offenbar seit langer Zeit nicht ordentlich gebadet worden, doch zeigte die Haut keine weiteren Abnormitäten.

Da die Sensibilität an den Zehen gut erhalten war, beschloß ich, tiefe Incisionen im rechten Winkel zu der Richtung der Furche zu machen, wie solches von Dr. DA SILVA LIMA empfohlen wird. An der linken Zehe erwies sich die kleine Operation als erfolgreich, während an der rechten Seite nach Verlauf von mehreren Monaten (8) die Amputation doch notwendig wurde.

Fall III. P. C., afrikanischer Neger, 52 Jahre alt, Bäcker. Vater und Mutter starben an der Cholera. Lepra sowie Ainhum in der Familie unbekannt. Zwei Brüder leben und sind gesund. Hat niemals eine venerische Krankheit gehabt, ist überhaupt niemals krank gewesen, war vielmehr stets gesund und kräftig. Das Allgemeinbefinden ist befriedigend. Alle Organe sind gesund. Genaue Prüfung auf Nervenleiden und Lepra fällt negativ aus.

Vor drei Jahren bemerkte Patient eine kleine Furche an der Digito-plantar-Grenze auf der Innenseite der rechten kleinen Zehe. Allmählich dehnte sich dieselbe lateralwärts und in die Tiefe weiter aus. Anfangs hatte auf dem Gebiete der Furchenbildung ein starker Juckreiz bestanden. Dagegen, als der umschnürende Ring vollendet war, wurde der Schmerz von mehr stechender Art und trat namentlich bei allen Bewegungen der Zehe schärfer hervor. Die kleine Zehe war vergrößert und sah wie eine kleine, runde Kartoffel aus.

Befund in Bezug auf Sensibilität am rechten Fuße: 1. Berührung wird am Fuße in normaler Weise wahrgenommen, an der affizierten Zehe ist die Empfindlichkeit herabgesetzt. 2. Schmerzempfindung: am Fuße normal, vermindert an der Zehe. 3. Temperatursinn: am Fuße normal, an der erkrankten Zehe ist etwas Thermo-anästhesie zu erkennen. In den motorischen und sensiblen Funktionen sowie überhaupt an den Reflexvorgängen irgend eine Veränderung nicht zu erkennen. Die spezifischen Sinnesorgane unversehrt. Muskelsinn intakt. Der Nagel der erkrankten Zehe zeigt Furchenbildung. Patient hatte als lokale Behandlung Kataplasmen, Salben u. s. w. angewandt, doch war alles vergebens gewesen. Nach wenigen Tagen war der Schmerz an der Furche und den dieselbe umgebenden Teilen intensiv geworden. Ich entschloß mich für tiefe Incisionen, senkrecht zu der Richtung der Furche, und die kleine Operation war völlig erfolgreich.

Fall IV. A. B., ein 63jähriger, afrikanischer Neger, Hufschmied. Erbliche Belastung war in Bezug auf Lepra und Ainhum nicht nachzuweisen. Er will niemals an einem venerischen Leiden erkrankt gewesen sein, und es sind auch keine Spuren von Syphilis nachzuweisen. Er hat sich stets einer guten Gesundheit erfreut und sieht gutgenährt aus. Die übliche Untersuchung fiel negativ aus außer betreffs der affizierten Zehen. Alle Organe sind gesund. Eine genaue Prüfung auf Nervenleiden und Lepra ergab keinen Anhaltspunkt weiter.

Vor 5 Jahren hatte Patient eine kleine Furche an der Digito-plantar-Beuge auf der Innenseite der kleinen Zehe am rechten Fuß bemerkt. Vor 3 Jahren trat eine ähnliche Furche an der vierten Zehe des linken Fußes hervor. Allmählich nahmen diese Furchen an Ausdehnung zu. Anfangs bestand im Bereiche der Furche ein lebhafter Juckreiz. Als an der rechten kleinen Zehe der Schnürungskreis vollständig geworden war, trat ein scharfer Schmerz hervor, der sich bei Bewegungen der Zehe immer verschlimmerte. Die Zehe war erheblich verdickt und hatte das Aussehen einer kleinen runden Kartoffel.

Die Prüfung auf Sensibilität am rechten Fuß ergab in Bezug auf Berührung, Druck, Schmerz und Temperatur ganz normale Verhältnisse außer an der erkrankten Zehe. Ebenso waren am linken Fuß die sensiblen Leitungsbahnen intakt außer an der vierten Zehe, wo eine gewisse Herabsetzung der Empfindlichkeit zu konstatieren war. In Bezug auf den motorischen, sensiblen und reflektorischen Apparat des übrigen Körpers waren Abnormitäten nicht nachzuweisen, und auch die spezifischen Sinnesorgane waren intakt. An den affizierten Zehen zeigten sich Furchen. — Am rechten Fuße nahm ich die Amputation der Zehe vor, an der linken vierten Zehe machte ich tiefe Incisionen.

Fall V. D. R. H., 67 Jahre alt, afrikanischer Neger, Kupferschmied. In der Familie war von Ainhum und Lepra nichts nachzuweisen. Er war stets gesund und kräftig gewesen und sah gutgenährt aus. Die übliche Untersuchung ergab nichts Ungewöhnliches außer an der erkrankten Zehe. Eine sorgfältige Prüfung auf Nervenleiden und Lepra brachte nichts zu Tage.

Vor 2 Jahren fing ein lebhafter Juckreiz an der Digito-plantar-Beuge der rechten kleinen Zehe an, sich bemerkbar zu machen. Mehrere Monate nachher fiel die kleine Furche auf, die allmählich größer wurde. Als der Schmerz intensiver wurde, kam Patient in die Poliklinik des St. Elisabeth-Hospitals.

Die affizierte Zehe war aufgetrieben, aber der Stiel war noch groß. An dem erkrankten Teile war die sensible Leitung herabgesetzt, doch wird die leiseste Berührung noch vom Patienten gefühlt und richtig lokalisiert.

Ich wählte Behandlung mittelst Abtragung kleiner Portionen von der Furche, und die kleine Operation hatte guten Erfolg. Die so gewonnenen Stückchen wurden im pathologisch-anatomischen Laboratorium des medizinischen Instituts untersucht, und es wurden keine Leprabazillen im Gewebe gefunden.

Fall VI. P. G. T., afrikanischer Neger, 76 Jahre alt, Gepäckträger. (1898.) Über Familienverhältnisse ist nichts bekannt. Er ist stets gesund und kräftig gewesen. Bei der üblichen Untersuchung fand sich ein mäßiger Grad von Arteriosklerose und Hypertrophie des Herzens. In jeder anderen Hinsicht fiel die Untersuchung negativ aus, abgesehen von der kleinen Zehe links, welche vergrößert war, während am rechten Fuß die kleine Zehe fehlte.

Die genauere Untersuchung auf Symptome von Erkrankungen des Nervensystems und Lepra fiel negativ aus. Vor 12 Jahren hatte Patient zuerst einen lebhaften Juckreiz an der Digito-plantar-Grenze der rechten kleinen Zehe bemerkt und hatte zu gleicher Zeit eine kleine, aber allmählich zunehmende Furche konstatiert. Als heftigere Schmerzen sich einstellten, die durch Bewegungen immer verschlimmert wurden.

schnitt er das Glied, das nur durch einen kleinen Stiel jetzt mit dem Fuſse zusammenhing, mittelst eines Rasiermessers ab. Dies war 6 Jahre nach dem ersten Anfang der Affektion.

Vor nunmehr 3 Jahren fingen genau die gleichen Erscheinungen an der andern kleinen Zehe an. Zur Zeit der Aufnahme klagte er über einen stechenden Schmerz an der Furche, aber der Stiel war noch gut erhalten. An der verdickten Zehe war die Sensibilität zwar vermindert, indessen kann Patient die kleinste Berührung fühlen und richtig lokalisieren. — Ich führte tiefe Incisionen rechtwinklig zu der Furche aus, und die kleine Operation hatte guten Erfolg.

Fall VII. J. N. U., ein afrikanischer Neger, über 60 Jahre alt, Gepäckträger, wurde wegen eines schweren Asthmaanfalls ins St. Elisabeth-Hospital aufgenommen. Bei passender Behandlung verschwanden die Symptome in 4 Tagen. Die allgemeine Untersuchung ergab einen mäſsigen Grad von Arteriosklerose, im übrigen einen negativen Befund bis auf die rechte kleine Zehe. Symptome von Nervenstörungen oder Lepra konnte ich nicht nachweisen. Die Wahrnehmung von Schmerz, Berührung, Hitze, Druck war unbeeinträchtigt, aufser an der erkrankten Zehe, welche ein wenig unempfindlich war. Dieselbe war verdickt und rundlich und hing mit dem übrigen Fuſs nur durch einen schmalen Stiel zusammen. Die Affektion hatte im Laufe der letzten 2 Jahre ständig zugenommen. Anfangs war da nur eine tiefe, die Zehe umschlieſsende Furche gewesen. Die Haut nahm an Dicke zu, und die Furche wurde allmählich tiefer. Tiefe Incisionen, rechtwinklig zu der Richtung der Furche ausgeführt, ergaben ein gutes Resultat.

Fall VIII. N. A. G., afrikanischer Neger, 60 bis 70 Jahre alt, Gepäckträger, kam ins St. Elisabeth-Hospital nicht wegen der sogleich zu beschreibenden Affektion, sondern wegen einer Verletzung der rechten Hand.

Aus der sehr lückenhaften Anamnese glaube ich entnehmen zu können, daſs eine ähnliche Affektion in seiner Familie nicht beobachtet worden ist. Eine genaue Untersuchung auf Anzeichen von Nervenleiden und Lepra förderte nichts zu Tage. Vor 2 Jahren bemerkte Patient zuerst einen lebhaften Juckreiz an der Digito-plantar-Beuge der rechten kleinen Zehe. Gleichzeitig nahm er eine kleine Furche wahr, welche alsdann sich allmählich vergröſserte, aber zu jener Zeit fast ohne alle Schmerzen war. Die kleine Zehe war hypertrophisch, aber der verbindende Stiel war noch sehr groſs. An der erkrankten Zehe selbst war die Sensibilität noch vollständig normal, dagegen an der indurierten Furche war dieselbe herabgesetzt.

Ich führte tiefe Incisionen senkrecht zur Richtung der Furche aus, und das Resultat war gut. Die histologische Untersuchung der Fragmente von der Furche ergab keine Leprabazillen in dem Gewebe.

Fall IX. M. M. L., afrikanischer Neger, mindestens 60 Jahre alt, Gepäckträger (1897). Hereditäre Verhältnisse unbekannt. Er ist ein kräftig gebauter, gut genährter Mann. Die genaue Untersuchung auf nervöse und lepröse Symptome fiel negativ aus. Das Leiden fing vor 3 Jahren mit Ameisenkriebeln an der Beugefläche zwischen Fuſssohle und der linken kleinen Zehe an. Gleichzeitig konstatierte Patient die kleine Furche, welche seither allmählich gröſser wurde. Anfangs machte dieselbe fast gar keine Schmerzen, als er aber in Behandlung kam (1897), hatte er intensive Schmerzen, welche sich bei allen Bewegungen verschlimmerten, denn die Furche war tief, und der verbindende Stiel war schmal. Die Zehe war verdickt, und der Nagel zeigte Furchen. Sensibilität war am linken Fuſs vollständig normal, aber erheblich herabgesetzt an der erkrankten Zehe. Der Umschnürungsstreifen hatte die Amputation beinahe vollendet. Im Verlaufe der nächsten Tage wurde der Teil trockener, weshalb dann der dünne, fibröse Stiel mit einem Scherenschlag durchtrennt wurde.

Fall X. B. F. Y., ein kräftig gebauter, afrikanischer Neger, einige fünfzig Jahre alt, Gepäckträger, kam nicht wegen der zu beschreibenden Affektion, sondern wegen eines Axillarabscesses in Behandlung. Seiner Rasse wegen war ich begierig zu wissen, ob er vielleicht auch an Ainhum litt, und entdeckte alsbald eine kreisförmige Furche an der kleinen Zehe. Aus der allerdings sehr lückenhaften Anamnese war nicht zu entnehmen, dafs weder Vater noch Mutter an derselben Affektion gelitten hatten. Die genaue Untersuchung auf Lepra hatte ein negatives Ergebnis. Die Störung hatte ein Jahr zuvor mit Kriebeln an der Digito-plantar-Beuge der linken kleinen Zehe angefangen, und Patient hatte gleichzeitig das Vorhandensein der Einziehung konstatiert, die seitdem allmählich in Kreisform sich immer weiter ausdehnte. Bei der Konsultation fühlte er an der Furche sowohl wie an der Zehe kaum irgend welche Schmerzen. Die geringste Berührung wird wahrgenommen und richtig lokalisiert.

Ich machte tiefe Incisionen rechtwinklig zu der Furche und trug ein kleines Stück Gewebe ab. Dasselbe wurde im histologischen Laboratorium des medizinischen Instituts auf Leprabazillen untersucht, aber mit einem negativen Ergebnis. Nach Vernarbung der Wunden entzog sich der Patient der weiteren Beobachtung.

Fall XI. R. M. N., über 60 Jahre alt, Lastträger. Hereditäre Belastung mit Lepra oder Ainhum war nicht nachzuweisen. Patient war stets ein gesunder, kräftiger Mann gewesen. Die genaue Prüfung auf Leprasymptome fiel negativ aus. Vor 3 Jahren bemerkte er zuerst ein belästigendes Kriebeln an der Digito-plantar-Falte der rechten kleinen Zehe. Damit zugleich konstatierte er eine kleine Furche, welche sich allmählich vergröfserte, aber fast vollständig schmerzlos war. Die kleine Zehe nahm gröfsere Dimensionen an, aber der Stiel blieb noch sehr grofs. Die Sensibilität war am erkrankten Teil noch vollkommen normal, aber an der indurierten Furche war eine Abnahme derselben zu erkennen.

Ich machte mit gutem Erfolg die tiefen Incisionen rechtwinklig zu der Furchenrichtung. Gewebsteile von der Furche wurden im Laboratorium des medizinischen Instituts untersucht und das Fehlen von Leprabazillen nachgewiesen.

Fall XII. M. A. S., afrikanischer Neger, über 60 Jahre alt, Lastträger. Familienverhältnisse unbekannt, da er in frühester Kindheit nach Brasilien gebracht worden war. Er war stets ein gesunder, kräftiger Mann gewesen. Die genauere Untersuchung auf lepröse Symptome ergab ein negatives Resultat. Vor 5 Jahren stellte sich beim Patienten Jucken an der Digito-plantar-Beuge der linken kleinen Zehe ein, und gleichzeitig entwickelte sich eine kleine Furche, die allmählich gröfser wurde, aber kaum irgend welchen Schmerz machte. — Die kleine Zehe war aufgetrieben, die verbindende Brücke war noch sehr grofs. Sensibilität war vollständig erhalten an der affizierten Zehe, aber an der indurierten Furche war dieselbe herabgesetzt.

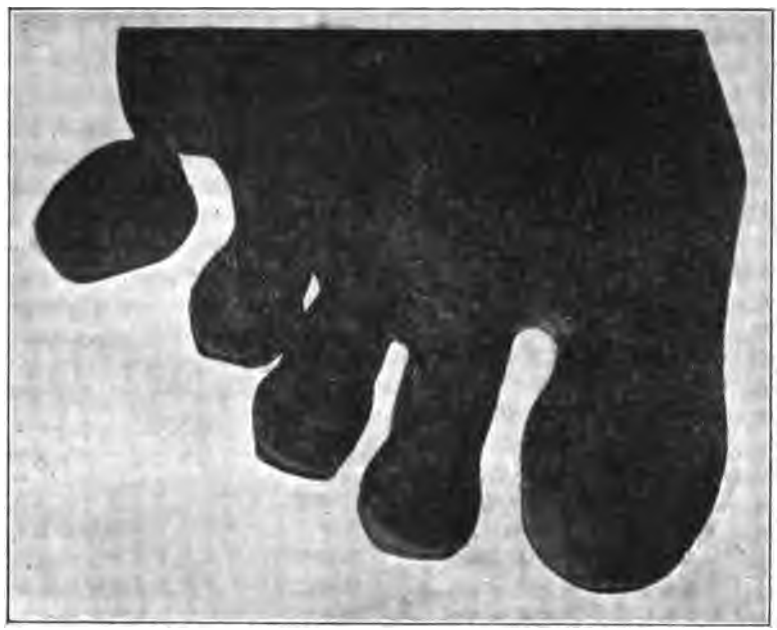
Die Behandlung bestand in tiefen Einschnitten in senkrechter Richtung zu der Furche. Die Untersuchung eines Teiles von dem Gewebe der Furche ergab keine Leprabazillen.

Fall XIII. N. F. C., eine afrikanische Negerin, über 50 Jahre alt, Wäscherin. Von erblicher Belastung ist nichts bekannt. Die genaue Prüfung auf Anzeichen von Lepra ergab keine weiteren Anhaltspunkte. Vor 4 Jahren hatte Patientin zuerst ein Jucken an der Digito-plantar-Grenze der linken kleinen Zehe verspürt, und wenige Tage nachher bemerkte sie eine kleine Furche, welche sich allmählich ringförmig vergröfserte. Sie gebrauchte verschiedentliche Medikamente dafür, aber ohne Erfolg. Als schärfere Schmerzen eintraten, welche durch alle Bewegungen sich verschlimmerten, kam sie zur Aufnahme. Der erkrankte Teil wurde amputiert.

Fall XIV. A. M N., afrikanischer Neger, 56 Jahre alt, Maurer. Seine beiden Eltern haben weder Ainhum noch Lepra gehabt, und die genaue Untersuchung des

Patienten selbst ergab keine Symptome letzterer Krankheit. Vor vier Jahren stellte sich zuerst ein starkes Jucken an der Digitoplantargrenze der linken kleinen Zehe beim Patienten ein. Um diese Zeit entdeckte er eine kleine Furche, welche sich seitdem allmählich ringförmig vergrößerte. Die Zehe erschien hypertrophiert. Am Fuße links war die Sensibilität völlig normal, aber an der verhärteten Furche und an der Spitze der affizierten Zehe war dieselbe herabgesetzt. Als die Schmerzen sich verschlimmerten und namentlich bei allen Bewegungen heftiger auftraten, suchte er ärztliche Hülfe nach. Ich machte an verschiedenen Stellen Incisionen in die Furche. Seitdem habe ich den Mann nicht wieder zu sehen bekommen.

Fall XV. J. N. S., ein brasilianischer Neger, Eltern beide afrikanische Neger, 44 Jahre alt, Maurer. Vater und Mutter haben weder Ainhum noch Lepra gehabt. Patient ist kräftig gebaut und zeigt bei genauer Untersuchung keine Spuren von



Figur 1.

Aussatz. Ich hatte zuerst im Juni 1897 Gelegenheit, ihn zu beobachten, was ich der Güte von Dr. B. Patrocinio verdanke. Das Leiden fing ein Jahr zuvor mit Jucken an der Metatarsophalangealbeuge an der kleinen Zehe linkerseits an. Um dieselbe Zeit bemerkte der Patient die kleine Furche, welche allmählich sich ringförmig weiter ausdehnte. Anfangs war kaum etwas von Schmerzen wahrzunehmen, allmählich jedoch traten im weiteren Verlaufe des Leidens heftige Schmerzen hervor, und der Patient konsultierte Dr. Patrocinio. Am folgenden Tage entschlossen wir uns für tiefe Incisionen durch das Umschnürungsgebiet. Die Zehe war verdickt und die Furche war etwas tief. Anfangs trat Besserung ein, aber zugleich mit dem Fortschreiten der Vernarbung nahm die Furche an Tiefe zu. Als die Schmerzen sich verschlimmerten und bei jeder Bewegung heftiger wurden, kam er in die Poliklinik des St. Elisabeth-Hospitals, wo Dr. Pontes die Amputation der hypertrophierten Zehe ausführte. Bei dieser Gelegenheit wurde an der rechten kleinen Zehe eine Einschnürung

konstatiert. Die dagegen angewandten Medikamente blieben ohne Wirkung. Im August 1899 kam Patient ins St. Elisabeth-Hospital, wo mein Freund Dr. Raymondo Mesquita eine Exartikulation im Metatarsophalangealgelenk ausführte, wobei Professor Britto mit Kokain die Lokalanästhesie nach Reclus' Methode besorgte. Die Exartikulation war auf meinen Wunsch gemacht worden, um die Untersuchung der Furche zu ermöglichen. Die Zehe wurde auch von Dr. Plaut freundlichst photographiert und auch radiographiert. Ich spreche hiermit dem Herrn Kollegen meinen Dank für seine Güte aus.

Fall XVI. H. S. C., ein brasilianischer Neger, Sohn eines afrikanischen Negerpaares, 42 Jahre alt, Zimmermann. Aufgenommen am 23. Oktober 1898. Sein Vater hatte an Ainhum an beiden Füßen gelitten, seine Mutter ist immer gesund gewesen. Er selbst ist kräftig gebaut und zeigt auch bei der genauesten Untersuchung keine Anzeichen von Lepra. Seine Krankheit stellte sich vor einem Jahr mit Pruritus am Metatarsophalangealgelenk der linken kleinen Zehe ein, und um dieselbe Zeit entdeckte er die kleine, ringförmig sich erweiternde Furche. Anfangs war dieselbe fast

Figur 2.

Figur 3.

ganz schmerzlos. Gegenwärtig ist das Kriebeln sehr heftig und von Zeit zu Zeit fühlt er Schmerzen an der Furche. Die kleine Zehe war vergrößert, aber die Einziehung war nicht tief. Ich machte mit erfreulichem Resultat die üblichen Einschnitte an der Furche.

Fall XVII. A. V. P., brasilianischer Neger, Sohn eines afrikanischen Negerpaares, 35 Jahre alt, Steinmetz. Bei den Eltern ist Ainhum oder Lepra nicht vorgekommen. Er ist kräftig gebaut. Die genaue Untersuchung auf Lepra ergab einen negativen Befund. Er kam im Juli 1896 in meine Behandlung. Die Krankheit hatte zwei Jahre zuvor mit einer kleinen, juckenden Furche an der Metatarsophalangealbeuge der rechten kleinen Zehe angefangen. Im Anfang war die Stelle fast ganz schmerzfrei. Er benutzte verschiedene Arzneimittel ohne Erfolg. Als die Schmerzen bei dem weiteren Fortschreiten der Läsion heftiger wurden, kam er zur Aufnahme. Die Zehe war hypertropisch, aber da der Stiel noch groß war, nahm ich Incisionen an der Furche vor. Für die Dauer der nächsten sechs Monate war der Erfolg ein guter, später entzog er sich der weiteren Beobachtung.

Fall XVIII. S. M. C., Brasilneger, Sohn eines afrikanischen Negerpaares, 42 Jahre alt, Gepäckträger. Ich verdanke der Güte meines verstorbenen Freundes Dr. VIRGILIO MOTTA die Gelegenheit, diesen Fall zu beobachten (1897). Seine Eltern haben weder an Ainhum noch Lepra gelitten. Er war kräftig gebaut und zeigte bei genauer Untersuchung keine Spuren von Lepra. Die Affektion fing vor drei Jahren an mit einer kleinen, juckenden Furche an der Digitoplantarfalte der rechten kleinen Zehe; im Anfang war die Stelle fast schmerzlos. Er hatte mehrere Medikamente vergeblich angewandt. Als die Schmerzen sich verschlimmerten, konsultierte er Dr. V. MOTTA. Die Zehe war kalt und dick, die Furche tief. Dr. V. MOTTA führte eine Amputation aus.

Fall XIX. M. S., eine Brasilnegerin, 34 Jahre alt, Dienstmädchen (1895). Ihre Eltern sind von Lepra und Ainhum frei gewesen. Auch bei dieser Patientin ergab eine genaue Untersuchung keine Spuren von Lepra. Die Krankheit hatte zwei Jahre zuvor mit einer kleinen, juckenden Einschnürung an der rechten kleinen Zehe an der Grenze zwischen Metatarsus und Phalanx begonnen. Anfangs war die Affektion fast ganz ohne Schmerzen verlaufen. Verschiedene Mittel, die versucht wurden, blieben wirkungslos. Als die Schmerzen stärker wurden im weiteren Verlauf der Krankheit, konsultierte sie Dr. LYDIO DE MESQUITA, einen Chirurgen, der ihr die Amputation anempfahl. Seiner Güte verdanke ich die Gelegenheit, diesen Fall zu beobachten. Die Patientin wurde von mir chloroformiert, während Dr. MESQUITA die Operation, die metatarsophalangeale Amputation, ausführte. Die amputierte Zehe wurde histologisch untersucht, aber es wurden keine Leprabacillen im Gewebe gefunden.

In einer Abhandlung über Ainhum, welche Dr. CORIOLANO F. DO AMARAL (1896) in Bahia veröffentlicht hat, wird über vier Beobachtungen berichtet, welche einen Afrikaner und drei Brasilianer betreffen, alle stammten aber von afrikanischen Elternpaaren ab.

Diagnose.

Nach der Schilderung der am meisten hervortretenden Symptome der Krankheit wird es klar sein, dafs die Diagnose des voll entwickelten Ainhums aufserordentlich leicht ist. Ich will nicht weiter auf die unterscheidenden Merkmale zwischen dieser und anderen Krankheiten eingehen; vielmehr will ich nur mit einigen Worten die Verwechselung dieses Leidens mit Lepra berühren. Schon der französische Marinearzt Dr. COLLAS und nach ihm andere französische Ärzte haben die Behauptung aufgestellt, dafs Ainhum eine leproide Affektion sei. Aber die gröfste Propaganda für diese irrige Ansicht hat mit seiner schwerwiegenden Berühmtheit der Leprologe Dr. ZAMBACO Pascha gemacht. Zuerst in der Académie de Médecine de Paris (Bull. 1896. J. s. XXXVI. 96—132) und noch kürzlich bei der Leprakonferenz in Berlin („L'ainhum des auteurs, éthiopien ou européen, podigue ou cheirigue, est une modalité de la léprose mutilante") hat er diese Ansicht vertreten, und er kommt immer darauf zurück. Beim Lesen der ZAMBACOschen Argumente wird es einem aber klar, dafs seine irrige Auffassung zurückzuführen ist auf die zweifelhaften Berichte von Ärzten, denen eine hinreichende Kenntnis

der beiden Krankheiten fehlte. Auch hat in dieser Zeitschrift ein sehr berufener Leprologe, Dr. Adolph Lutz, Direktor des bakteriologischen Laboratoriums in St. Paulo, Brasilien, gegen die angeführte Behauptung Protest eingelegt: „..... dafs Ainhum nur eine Form von Lepra mutilans sei. Ich mufs gegen dieselbe aufs Entschiedenste protestieren."[1] — Ebenso hat Dr. da Silva Lima ganz treffend geschrieben: „für jeden Mediziner, der die beiden Krankheiten kennt, würde eine derartige Vergleichung überflüssig sein, aber für die Allgemeinheit erscheint es nötig, die Differentialsymptome der zwei Affektionen darzulegen." Lepra anaesthetica, die Gafeira der Portugiesen und die Quijila der Neger, ergreift beide Geschlechter gleichmäfsig, Ainhum dagegen sucht sich seine Opfer vorwiegend beim männlichen Geschlecht. Gafeira ferner kommt bei allen Rassen vor. Ich habe Portugiesen, Deutsche, Italiener etc. mit Lepra mutilans gesehen, aber Ainhum beschränkt sich auf die Afrikanerneger und deren reine Nachkommenschaft. Gafeira läfst keine besondere Vorliebe für irgend eine bestimmte Zehe erkennen, ergreift vielmehr mehrere Zehen und Finger in gleicher Zeit, und ich habe niemals gesehen, dafs Lepra mutilans sich auf eine einzelne Zehe beschränkte. Ainhum dagegen sieht man in Brasilien immer an der kleinen Zehe, selten nur an der vierten Zehe lokalisiert.

Aufserdem finden sich die Sensibilitätsstörungen, die Muskelatrophie, die gangränösen Ulcerationen, die pemphigusartigen Blasenbildungen, die Nekrose, die Atrophie und persistente Kontraktur der Finger etc., von welchen Erscheinungen die Gafeira in ihren verschiedenen Stadien gewöhnlich begleitet wird, niemals beim Ainhum. Hingegen sieht man die charakteristische und ganz konstante Furche auf dem Niveau der Digitoplantarfalte, das pathognomonische Characteristicum von Ainhum, niemals bei Gafeira oder Quijila.

Die Möglichkeit, Ainhum in seinen ersten Stadien durch Incisionen durch die Haut rechtwinklig zu der Richtung des Schnürungsringes ohne weitere Verstümmelung zur Heilung zu bringen, wie dies durch unzählige Fälle von mir selbst und Anderen bewiesen worden ist, steht in striktem Gegensatz zum Verhalten der Lepra mutilans, bei welcher das Äufserste, was der Arzt erreichen kann, das Beschleunigen der Abtrennung der Teile ist; er kann den Patienten verstümmeln, aber die Krankheit kann er nicht heilen.

Ich kenne sämtliche Lepraheime in Brasilien; ich habe an einer sehr grofsen Zahl von Patienten in verschiedenen Ländern Lepra kennen gelernt, aber ich habe niemals Ainhum zugleich im Verein mit Lepra gesehen. Allerdings berichtet die Leprakommission in Indien, dafs Ainhum

[1] *Monatsh. f. prakt. Dermat.* 1892. Bd. XV. S. 388.

bei Aussätzigen vorkommen könne (Report of the Leprosy Commission in India, 1890—1891), und dieser Umstand mag zu der oben besprochenen irrigen Meinung Anlafs gegeben haben.

Wenn aber die klinischen Erscheinungen bei Ainhum trotz ihrer grofsen Präzision nicht genügen, um jede Möglichkeit der Verwechselung mit Lepra dactyliana auszuschliefsen, dann bleibt uns noch die Histologie der beiden Affektionen, denn diese wird jeden Schatten eines Zweifels auch aus dem ungläubigsten Gemüte vertreiben.

Pathologische Anatomie.

Die ersten Untersuchungen über die pathologische Anatomie des Ainhums wurden in Bahia von dem verstorbenen Dr. O. Wucherer angestellt, dessen Tod die Tropenmedizin eines geschätzten und hervorragenden Forschers beraubte. Der Bericht über seine Forschungen wurde von Dr. Silva Lima veröffentlicht, sowie im *Archiv für pathologische Anatomie und Physiologie*, Berlin 1872. Vol. LVI. pag. 374. Indessen ist hervorzuheben, dafs diese Untersuchungen an Zehen angestellt wurden, welche in einem sehr weit vorgeschrittenen Stadium der Krankheit amputiert worden waren.

Im Wesentlichen die gleichen Ergebnisse, wie die von Wucherer konstatierten, lieferten nachher noch die anatomischen und pathologischen Untersuchungen von Campbell de Morgan und John Wood in London (1867—68) von Cornil 1870 in Paris, von Schüppel (1872) in Tübingen, von Prof. Pereira Guimaraes und Martino Costa in Rio de Janeiro 1875, sowie von Dr. Henry Wile in Pennsylvanien, da alle diese Untersuchungen nur an hypertrophischen und im letzten Stadium der Affektion amputierten Teilen der Zehen ausgeführt wurden. Die von Dr. O. Eyles angestellten Beobachtungen waren zwar exakt, doch sind dabei die namentlich erst von dem hervorragenden Dermatologen Dr. Unna in die dermatologische histologische Technik eingeführten neuesten Methoden nicht in Anwendung gekommen.

Gefärbt wurden die Schnitte nach folgenden Methoden:

a) Polychromes Methylenblau-Glycerinäthermischung.

1. Man legt den Schnitt in Unnas polychrome Methylenblaulösung und läfst ihn darin 2—5 Minuten liegen.
2. Mit Wasser abspülen.
3. Entfärbung in Glycerinäthermischung (von Grübler) — 5 Minuten.
4. Abspülen in Wasser.
5. Alkohol absolutus, Bergamottöl, Balsam.

b) Methylenblau-Orcein.

1. Färbung in Unnas polychromer Methylenblaulösung — 10 Minuten.
2. Abspülung in Wasser.

3. Entfärbung und Entwässerung in 1/4 %iger spirituöser, neutraler Lösung von Orcein — 10 Minuten.
4. Alkohol absolutus, Öl, Balsam.

c) 1. Färbung in Säure — Orcein — 1/2 Stunde oder länger.
2. Alkohol absolutus.
3. Öl, Balsam.

d) 1. 2 %ige Lösung von Wasserblau — 30 Sekunden.
2. Leicht angesäuertes Wasser.
3. 80 %iger Alkohol — 2 Minuten.
4. Karbolfuchsinlösung — 10 Minuten.
5. Alkohol absolutus, Öl.

e) 1. Wasser.
2. 2 %ige wässerige Lösung von Säurefuchsin — 10 Minuten.
3. Wasser (nur ganz kurze Zeit, etwa 1 Minute.
4. Wässerige Lösung von Pikrinsäure — 1 Minute.
5. Alkoholische Lösung von Pikrinsäure — 2 Minuten.
6. Alkohol absolutus — 2 Minuten.
7. Bergamotöl, Balsam.

f) 1. Hämatoxylin — 5 Minuten.
2. Wasser.
3. Säurefuchsin — 10 Minuten u. s. w. wie oben.

Zum spezielleren Studium der Nagelstruktur wurden die Schnitte nach folgenden fünf Methoden gefärbt:

1. Gentiana-Anilin-Jodmethode.
2. Eosin-Gentiana-Anilin-Jodmethode.
3. Gentiana-Alaun-Jod mit Entfärbung durch Pikroanilin.[2]
4. Unnas polychromes Methylenblau-Glycerinäthermethode.
5. Saures — Orcein-Methode.

Zum spezielleren Studium der Knochenstruktur:

1. Unnas polychromes Methylenblau-Methode.
2. Safranin-Tannin-Wasserblaumethode.
3. Schaffers Safraninmethode.

Für die Darstellung von Leprabacillen wurden die Schnitte nach folgenden Methoden gefärbt:

a) 1. Wasser.
2. Karbolfuchsin — 1/2 Stunde oder länger.
3. Wasser.
4. Salpetersäure (33 %) — 12 Sekunden.
5. Alkohol (80 %) — gut abspülen.

---

[2] Emilio Echeverria. Ein histologischer Beitrag zur Kenntnis des gesunden und kranken Nagels. (Aus Dr. Unnas dermatologischem Laboratorium.) *Monatsh. f. prakt. Dermat.* XX. Bd. 1895. S. 78.

6. Wasser.
7. Wasserblau — 1 Minute.
8. Wasser.
9. Alkohol absolutus, Bergamotöl, Balsam.

b) 1. Wasser.
2. Karbolfuchsin — ½ Stunde.
3. Wasser.
4. Salpetersäure — 12 Sekunden.
5. Alkohol 80%.
6. Wasser.
7. Hämatoxylin — 1 Minute.
8. Wasser.
9. Alkohol absolutus, Bergamotöl, Balsam.

c) 1. Hämatoxylin — 10 Minuten.
2. Wasser.
3. Karbolfuchsin — 1 Stunde.
4. Durchziehen durch Salpetersäure.
5. Alkohol 80%.
6. Wasser.
7. Wasserblau-Tannin — 10 Minuten.
8. Wasser.
9. Alkohol absolutus, Xylol, Balsam.

Da beim Ainhum das Gewebe der Zehe nicht überall in gleicher Weise leidet, so ist es notwendig, die Beschreibung der in verschiedener Weise affizierten Teile gesondert zu geben, speziell erstens der geschwollenen Zehenbeere, zweitens der strangulierenden Furche.

1. Histopathologie der Zehenbeere.

Die Oberhaut der Zehenbeere zeigt, verglichen mit derjenigen einer gesunden Zehenbeere eines gleichaltrigen Erwachsenen, eine nicht unbeträchtliche Hypertrophie sämtlicher Schichten. Die Hornschicht zeigt sehr ausgeprägt alle Lagen, die oberflächliche, mittlere, superbasale und basale, die besonders gut bei der Hämatëin-Säurefuchsin-Pikrinmethode hervortreten. Auch die Körnerschicht (Stratum granulosum) ist verbreitert; sie wird durchweg von fünf bis sechs Zellenlagen repräsentiert, die von Keratohyalin vollkommen erfüllt sind. Die ebenfalls hypertrophische Stachelschicht zeigt eine relativ niedrige superpapilläre und eine sehr hohe interpapilläre Schicht, da die Papillen, lang, dünn und zahlreich, hoch in die Stachelschicht bis in die Nähe der Körnerschicht aufragen. Teils enden sie spitz, teils abgerundet und enthalten viele Blutkapillaren; Tastkörperchen habe ich in ihnen an meinem Alkohol-Formolmaterial nicht konstatieren können.

Die Stachelschicht (Stratum spinosum) wird in regelmäfsigen Abständen von normal aussehenden Schweifsporen durchzogen, die regelmäfsig spiralig gekrümmt sind. Die Dicke der ganzen Hornschicht beträgt 1,5 mm, die der Stachelchicht, sowie die der längsten Papillen 0,5 mm. Dem gegenüber beträgt die Dicke der Gesamthaut, gerechnet von der unteren Grenze der Stachelschicht bis zur Knochenfläche der oberen Phalanx, also mit Ausschlufs der Papillen und Einschlufs des den Knochen umgebenden dünnen Periosts am Schnitt durchschnittlich 5 mm. Hiervon fallen auf die Cutis propria nur 1—1,25 mm, der Rest auf das von dicken kollagenen Balken netzförmig durchzogene Hypoderm. Die Cutis propria wird von ziemlich dicken und eng aneinander liegenden fibrösen Bündeln und einem Netz zarter elastischer Fasern gebildet, welche zwischen ihren Maschen klaffende, rundliche Lücken zeigen, in denen die stark erweiterten Blutgefäfse der Cutis verlaufen, umgeben von einem Mantel von Zellen. Die Natur dieser Zellen konnte an meinem Material wegen der ungenügenden Fixierung (Formol) nur mit Mühe erkannt werden. Eine möglichst gute Färbung mit Unnas polychromer Methylenblaulösung zeigte, dafs es sich nicht um Leukocyten, sondern rundliche, kleine und grofse Bindegewebszellen handelte, die zum Teil sicher Plasmazellen waren. Aufser der Menge der bei dieser Färbung sich blautingierenden Zellen waren die Gefäfse überall von einer Menge schön rot gefärbter Mastzellen umgeben. Während nun diese letzteren die Blutgefäfse und speziell die Venen in das Hypoderm in gleicher Anzahl begleiten, hier auch im Fettgewebe gleichmäfsig in grofser Anzahl zerstreut sind und in dem periostalen Bindegewebe eine maximale Ansammlung erfahren, ist die Anzahl der blau gefärbten hypertrophischen Bindegewebszellen je tiefer nach dem Knochen zu, um so geringer, sehr spärlich an den subcutanen Blutgefäfsen und erst wieder beträchtlich im Perioste, wo sie aber alle einen spindelförmigen Habitus zeigen. Im ganzen ist also die Zellinfiltration, die den Charakter eines gewöhnlichen Zellinfiltrates chronisch entzündlicher Natur zeigt, auf die eigentliche Cutis und besonders die Nachbarschaft des Deckepithels beschränkt.

Die Erweiterung der Blutgefäfse bezieht sich nur auf die grofsen Venen des Hypoderms, der Cutis und der venösen Kapillaren, die Arterien weichen in ihrem Kaliber nicht von der Norm ab. Die Wandungen aller Gefäfse zeigen keine Abnormitäten, speziell keine endarteritischen und endophlebitischen, wie man vermuten könnte. Das Elastin der Wandungen ist ebenso wenig reichlich, wie an den normalen Gefäfsen der Zehenbeere. Eine besondere Weite der Lymphspalten und Lymphgefäfse, die ich vorausgesetzt hatte, war ich nirgends im stande, mit Sicherheit zu konstatieren.

Hingegen zeigt der Knäueldrüsenfettapparat eine erhebliche Ver-

gröfserung gegenüber der normalen Zehenbeere. Das Fettgewebe ist von groben Bindegewebsbalken in ziemlich regelmäfsiger Weise netzförmig durchzogen, welche rundliche Maschen von 0,5—1,0 mm Durchmesser einschliefsen. Innerhalb jeder dieser Maschen findet sich meist central, seltener seitlich eine vergröfserte Knäueldrüse dicht von Fettzellen umgeben. Die Knäueldrüsen haben sehr deutliche Wandungen, ein zwei- bis dreifach geschichtetes Epithel und ein schmales Lumen. Da möglicherweise die Knäueldrüsen des Negers sich abweichend von denen des Europäers verhalten, bin ich nicht im stande zu sagen, ob hier eine normale oder hypertrophische Bildung vorliegt. Die Gänge der Knäueldrüsen verhalten sich wie gewöhnlich.

Der sehr verschmälerte Knochen der letzten Phalanx im Centrum der Zehenbeere zeigt die Symptome der rarefizierenden Ostitis. Die Knochenhöhlen sind vergröfsert und vielfach neugebildet und enthalten, eingebettet in Fettgewebe, ein Netzwerk zarter Blutkapillaren, während die Knochenbalken sehr schmal, aber im übrigen von normaler Struktur sind. Rund um den Knochen, innerhalb und aufserhalb des Periostes, sind sehr viele Mastzellen angehäuft. Im Gegensatz dazu ist der kleine Nagel stark verbreitert und zwar durch eine Hypertrophie der Hornsubstanz des Nagelbettes, die von hinten nach vorne beständig zunimmt, so dafs diese am vorderen freien Rande 3 mm dick ist und auch in dem 2 mm langen, vorderen Abschnitt dieselbe Dicke behält, sich dann in dem hinteren 4 mm langen Abschnitt stark verschmälert und spitz endigt. Hier an diesem hinteren Ende liegt die 1 mm dicke Nagelplatte der Hornschicht des Nagelbettes auf und verschmälert sich nach vorn ganz allmählich, endigt aber schon etwas vor dem freien Rande, so dafs dieser ganz allein von der Hornschicht des Nagelbettes gebildet wird. Mithin haben wir es bei dieser Nagelveränderung mit einer Onychogryphose zu thun. Die feinere Struktur der Nagelplatte ist normal und läfst bei guter Färbung die vier Strata erkennen, die E. Ecchaverria mit Hülfe der Unnaschen Färbemethoden beschrieben hat.[3]

Die Hornsubstanz des Nagelbettes besteht aus einer Hornzellenmasse, die senkrecht zur Nagelplatte in mehrere säulenförmige Abschnitte zerfällt, innerhalb welcher die über einander geschichteten Hornzellen sich kuppelförmig decken. In einigen dieser Abschnitte ist durch Aufquellung und Kompression eine Bildung von rundlichen, klumpigen Massen entstanden, die sich von den übrigen Hornzellenschichten scharf konturiert abheben. Es sind die Vorläufer der von Virchow und Unna[4] bei der Onycho-

[3] Ein histologischer Beitrag zur Kenntnis des gesunden und kranken Nagels. (Aus Dr. Unnas dermatologischem Laboratorium.) *Monatsh. f. prakt. Dermat.* XX. Bd. 1895. S. 78.

[4] Unna, *Die Histopathologie der Hautkrankheiten.* 1894. S. 884.

gryphose beschriebenen Markraumbildung, welche durch Resorption dieser amorphen Klumpen entsteht.

2. Histopathologie der Zehenfurche.

Die Veränderungen, welche die Haut an Stelle der strangulierenden Furche erleidet, lassen sich kurz dahin zusammenfassen, dafs nur die Stachelschicht und der Papillarkörper und die obere zellenreiche Cutisschicht erheblich reduziert sind. Die Hornschicht zieht in fast unveränderter Dicke bis dicht in den Grund der Furche, wo allerdings eine Kompression derselben stattfindet, und viele Hornzellen durch Bruch der ganzen Schicht an der Knickungsstelle abbröckeln. Die Stachelschicht nimmt schon bei Annäherung an die Furche einen weniger leistenförmigen Charakter an.

Die Papillen werden kürzer und in nächster Nähe der Furche teils ganz ausgeglichen, teils stark abgeplattet und schräg gelegt. So reduziert sich die Stachelschicht an der Furche schliefslich auf eine schmale Platte, aus dem als Rest der Leisten einige spitze, seitlich umgebogene Epithelvorsprünge hervorragen. Die einzelnen Stachelzellen sind abgeplattet, aber nicht verkleinert.

Eine Körnerschicht ist hier nicht mehr zu erkennen. Mit dem Schwunde des Papillarkörpers reduziert sich auch die zellreiche, gefäfsführende obere Cutisschicht immer mehr, je mehr man sich der Furche nähert und verschwindet an dieser selbst völlig. Hier sitzt die Stachelschicht direkt den derben fibrösen Strängen der Cutis auf, welche aus der Tiefe der Nachbarschaft gegen die Furche zu bis zur Oberfläche aufsteigen. Besser ausgedrückt, schneidet die Furche so tief in das Cutisgewebe ein, dafs die Oberhaut hier direkt auf die tieferen Cutisschichten aufstöfst unter Atrophie der oberen Schichten desselben.

Mit dem lockeren kollagenen Gewebe schwindet auch fast ganz das elastische Gewebe an der Stelle der Knickung; nur einzelne, sehr feine Fäserchen lassen sich hier noch mit der Orceinmethode nachweisen. Die Zelleninfiltration, welche in der Nachbarschaft der Furche ebenso bedeutend ist, wie in der subpapillaren Schicht der ganzen Zehenbeere, fehlt auch nicht an Stelle der Furche selbst. Aber die Zellenherde sind hier stark abgeplattet und liegen schichtförmig eingeschlossen zwischen den fibrösen Strängen der Cutis. An den Zellen ist der Charakter von Plasmazellen noch an vielen Stellen mittelst Unnas Methylenblau-Glycerinäthermischungsmethode leicht nachzuweisen. Auch einzelne, wenn auch nicht gerade viele Mastzellen sind an diesem Orte vorhanden. Nach innen von der Furche bis zum Knochen erstreckt sich das harte, trockene, mit zelligen Herden untermischte fibröse Gewebe; Knäueldrüsen, gröfsere Gefäfse und Fettgewebe fehlen hier vollständig.

Die histologische Untersuchung war in Bezug auf Bakterien vollständig negativ. Nur an der Knickungsstelle der Furche waren innerhalb der Hornschicht einige Kokken in diese eingedrungen, denen wohl keinenfalls eine pathologische Bedeutung zukommt. Leprabacillen, auf welche ich mein Augenmerk richtete, fanden sich weder hier noch irgendwo in der Zehenbeere.

Die mikroskopische Untersuchung der mit Ainhum behafteten Zehe hat wohl einen genügenden Aufschluſs über die Verhältnisse des vollständig entwickelten Prozesses gegeben; sie zeigt uns, daſs wir es mit einer die ganze Zehe betreffenden chronischen Entzündung der oberflächlichen Cutisschicht zu thun haben, zu der sich an Stelle der Furche eine Hypertrophie des kollagenen Gewebes mit den weiteren Konsequenzen der Stauungshyperämie und Nekrose distalwärts hinzu gesellt.

Aber die Untersuchung giebt durchaus keinen Aufschluſs über die Entwickelung, sowohl der chronischen Entzündung wie der fibrösen Hypertrophie vom Standpunkte einer einheitlichen, spezifischen Ätiologie. Ich will deshalb versuchen, den Prozeſs auf eine Weise zu erklären, welche nur bekannte, banale Ursachen hinzuzieht, und aus deren Zusammenwirken die Entstehung dieser sonderbaren, so streng an die Rasse und an die Fuſszehe gebundenen Affektion verständlich wird.

Ich bin der Meinung, daſs es sich bei Ainhum zunächst um eine Stauungshyperämie der Haut, bedingt durch eine Koordinationsstörung im arteriellen und venösen Kreislauf handelt. Dafür sprechen die dunklere Färbung des Integumentes, die herabgesetzte Temperatur und die vermehrte Schweiſsabsonderung. Die Digitoplantarfalte, die Lokalität der normalen Flexion der Zehe, ist infolge der fortwährenden Bewegungen der ursprüngliche Sitz dieser chronischen Entzündung, welche sich allmählich ringförmig fortsetzt, weil mit dem Tieferwerden der anfänglichen Furche jede Bewegung dazu beiträgt, die Extensions- und Flexionsfalte der Zehe zu vergröſsern, wodurch dem fibrösen Entartungsprozeſs an der ringförmigen Einschnürungsstelle ein weiteres Fortschreiten in zirkulärer Richtung vorgeschrieben wird.

Zugleich mit der Ausbildung der kreisförmigen Furche nimmt die Kreislaufsstörung am distalen Ende der Zehe zu mit konsekutiver Stase, Ödem und Hypertrophie der Hautschichten.

Die normalerweise der dunkelen Rasse innewohnende Disposition zu Sklerose, die schlechten hygienischen Verhältnisse, in denen diese Leute leben, sowie die anatomische Beschaffenheit der Füſse bei vielen Mitgliedern der schwarzen Rasse geben eine genügende Erklärung für die Vorliebe der Krankheit für diese Menschenklasse.

Die beträchtliche Schiefstellung der Beugesehnen an den beiden letzten

Zehen infolge der sehr gewöhnlichen Plattfufsbildung bei Schwarzen, worauf Dr. Silva Lima noch durch den verstorbenen Dr. J. L. Paterson in Bahia speziell aufmerksam gemacht wurde, ist auch eine sehr wahrscheinliche Ursache der Vorliebe der Krankheit für die fünfte und vierte Zehe.

Ferner ist die Mitwirkung von Traumen unverkennbar; die barfüfsigen Neger neigen am meisten zu dieser Erkrankung. Der Umstand, dafs Individuen, welche auch Schuhe tragen, nicht immun sind, fällt nicht ins Gewicht, weil diese Leute keineswegs ständig Schuhzeug tragen, vielmehr bei der Arbeit mit blofsen Füfsen gehen und dann erst recht infolge der sonstigen Gewöhnung an Schuhe allerlei Traumen ausgesetzt sind.

Ich habe niemals einen Fall von Ainhum gesehen bei einem Neger, welcher seines Berufs wegen ständig Fufsbekleidung brauchte und überhaupt sich in analogen Verhältnissen befand, wie die Angehörigen von anderen Rassen.

Ätiologische Faktoren.

Die afrikanische Rasse ist speziell zu dieser Krankheit disponiert. Gerade bei diesen ist eine beträchtliche Schiefstellung der Flexorensehnen an den beiden letzten Zehen infolge von Plattfufsbildung zu konstatieren. Männer erkranken weit häufiger daran als Frauen; jene sind ja auch den Traumen viel mehr ausgesetzt und den Schädlichkeiten, welche durch Herabdrücken des Fufsbogens die Plattfufsbildung mit allen Folgen der Zirkulationsstörung und Schiefstellung der Sehnen bedingen. Am häufigsten sind Lastenträger affiziert.

Kein Alter ist dagegen immun, aber am häufigsten sieht man die Affektion bei Personen, welche das dreifsigste Lebensjahr überschritten haben.

Die Bedeutung vom Trauma ist dabei unverkennbar. Verletzungen wie eine Quetschung durch einen Stein sind als eine erste Veranlassung wiederholt angeführt worden, und es liegen zuverlässige Beobachtungen vor, bei denen thatsächlich Verletzungen bestimmt vorgekommen waren.

Viele Autoren leugnen es, dafs Gewohnheiten, Unfälle oder Arbeit in der Ätiologie eine Rolle spielen, aber ich habe niemals die Störung bei Personen in günstigen Lebensverhältnissen zu sehen bekommen. Erblichkeit hat keinen Einfluſs. Bei Mitgliedern einer und derselben Familie erklärt sich das mehrfache Auftreten schon aus der Identität ihrer Lebensbedingungen. Die Sitte, Ringe an den Zehen zu tragen, ist in Brasilien nicht ein ätiologisches Moment.

Verlauf und Dauer.

Der Verlauf ist bei Ainhum stets ein allmählicher und protrahierter. Zwischen der Entstehung der ersten Einschnürung und der Entwickelung

der tiefen, kreisförmigen Furche mit Vernichtung der Phalanx vergeht gewöhnlich eine Zwischenzeit von zwei bis zehn Jahren. Gelegentlich kommen noch längere Intervalle vor, doch ist dies selten. Der von Dr. J. Evans in Darlington, South Carolina, beobachtete Fall hatte 50 Jahre hindurch bestanden. Die längste Dauer, die mir begegnet ist unter meinen Fällen, betrug 15 Jahre.

Prognose.

Ainhum ist eine rein lokale Affektion und ohne Einwirkung auf das Allgemeinbefinden oder das Leben der Patienten. Jedoch stellen sich in den späteren Stadien Schmerzen beim Gehen und auch eine gewisse Beeinträchtigung der Fortbewegung ein. Der bei Mangel an frühzeitiger Behandlung unvermeidliche Verlust der Zehe kann abgewendet werden, wenn man im ersten Stadium der Krankheit den Umschnürungsring einschneidet, und somit dem durch denselben auf die Gewebe ausgeübten Drucke ein Ende macht. Um permanente Resultate zu erzielen, ist es nötig, auf einige hygienische Vorsichtsmafsregeln Bedacht zu nehmen.

Therapie.

Die Behandlung des Ainhums ist stets eine vollständig lokale gewesen. Die verschiedenen lokal angewandten Arzneimittel, wie Verbandwasser, Kataplasmen, Salben, Ätzungen u. dergl. haben den Betreffenden nichts genützt. „Aber Morrison rühmt es (sc. Pflastermull) bei einem Falle von Ainhum, wo der Kranke selbst die Amputation der Zehe verlangte, nach interimistischer Applikation von Salicylpflastermull jedoch so weit wieder hergestellt war, dafs er von Amputation nichts mehr hören wollte.“ (Zitat von Taenzer.)[5]

Im ersten Stadium der Krankheit ist die gegebene Behandlung das Anlegen von tiefen Einschnitten senkrecht zur Richtung der Furche mit Durchtrennung des ganzen Einschnürungsringes. Diese von Dr. Silva Lima angegebene Methode beweist die Heilbarkeit von Ainhum.

Im späteren Verlauf, wenn die Furche sehr tief geworden ist, mufs die Amputation oder die Metatarso-phalangeal-Exartikulation vorgenommen werden.

Ich möchte erwähnen, dafs ich keine Gelegenheit hatte, mir die Originalien des gröfseren Teils der im nachfolgenden Verzeichnis angeführten Abhandlungen über Ainhum zur Lektüre zu verschaffen. Vielmehr standen mir meist nur die in dieser Zeitschrift und in anderen Journalen erschienenen Referate zu Gebote.

---

[5] Zur Anwendung der Unnaschen Guttapercha-Pflastermulle. *Monatsh. f. prakt. Derm.* No. 7. 1. April 1894. S. 312.

Zum Schlusse gestatte ich mir, Herrn Dr. UNNA für seine wertvollen Ratschläge und das wohlwollende Interesse, das er der vorliegenden Arbeit entgegengebracht hat, meine tief empfundene Dankbarkeit auszusprechen.

(Übersetzt von Dr. PHILIPPI-Bad Salzschlirf.)

Litteratur.

1. Dr. J. F. DA SILVA LIMA. Estudo sobre o Ainhum, molestia aindañao descripta peculiar á raça ethiopica e affectando os dedos minimos dos pés. *Gaz. med. da Bahia.* 1867, Nov. 13 and 15. Wiederherausgegeben in *Gaz. med. de Lisboa.* 1867. pag. 321, 350, 388, 410.
   — *Arch. de méd. navale.* Paris, 1867. pag. 128 u. 206. Übersetzt von LEROY DE MERICOURT.
   — *Arch. f. Dermat. u. Syphilis.* 1870. pag. 288. (Dr. ULLERSPERGER.)
   — On Ainhum. *Arch. of Dermat.* Oktober 1880.
   — *Gaz. med. da Bahia.* 1884. pag. 205.
2. COLLAS. *Arch. de méd. nav.* Nov. 1867. pag. 357.
3. WEBER. *Transact. of the Pathol. Soc.* 1867. XVIII. pag. 277, u. 1868. XIX. pag. 448.
4. O. WUCHERER (aus Bahia). Ainhum, eine der afrikanischen Rasse eigentümliche Krankheitsform. *Virchow's Arch.* 1872. LVI. pag. 374.
5. CROMBIE. *Indian. med. Gaz.* Calcutta, 1873. VIII. pag. 200, und 1874. pag. 144, und *Transact. of the Pathol. Soc.* 1882. XXXII. pap. 302.
6. MONCORO DE FIGUEIREDO. *Rev. med. de Rio de Janeiro.* 1875. *Arch. de méd. nav.* Aug. 1876. pag. 127.
7. PEREIRA GUIMARAES. *Acad. imper. de med. do Rio de Janeiro.* 1875. *Annaes brazilienses de med.* Rio, 1875. *Rev. de med.* Rio de Janeiro, 1876. *Arch. de med. nav.* 1877. pag. 147.
8. FOX and FARQUHAR. On certain endemic Skin-diseases in India. London, 1876.
9. MENZEL. *Resoconto san. d. osp. di Trieste.* 1876. II. pag. 154.
10. J. PIROVANO. *Rev. med.-quirur. de Buenos-Ayres.* 1876. XIII. pag. 342.
    — *Gaz. med. da Bahia.* 1876.
    — *Prog. med. do Riv de Janeiro.* 1876.
11. ALPIN. *Rev. med. do Rio de Janeirv.* 1877. pag. 17.
12. E. BERTHERAND. *Journ. de méd. et Pharm. de l'Alger.* 1877. pag. 40.
13. CORRE. *Arch. de méd. nav.* Juli 1877. pag. 71, und Febr. 1879, pag. 136.
14. C. J. H. WARDEN. *Indian med. Gaz.* Calcutta, 1877. XII. pag. 210.
15. PONTOPPIDAN. *Lancet.* Aug. 1879. pag. 305.
16. ROY. *Med. Times* und *Gaz.* Okt. 1880. pag. 493.
17. HORNADAY and PITMAN. *North Carolina med. Journ.* Sept. 1881.
18. PACHECO MENDES. Ainhum, These da Bahia. 1880.
19. HEITZMAN and ATKINSON. *Transact. Amer. Derm. Assoc.* 1881.
20. DUPONY. *Arch. de méd. nav.* Nov. 1881. pag. 388, und März 1884. pag. 260.
21. BORIUS. *Arch. de méd. nav.* Mai 1882. pag. 377.
22. GONGORA. *Cronica med. guir. de la Havana.* Mai 1882.
23. DEBLENNE. *Étude de géog. méd. de l'île Nossi-Bé.* 1883. pag. 209.
24. ROCHARD. *Arch. de méd. nav.* Juni 1883. pag. 360.
25. DUHRING und WILE. *Americ. Journ. of the med. sciences.* Jan. 1884.
26. W. W. HENDERSON. *Trans. med. and Phys. Soc.* Bombay, 1884, 1885.

27. Ruault. *Progrès méd.* 1885. No. 20. pag. 399.
28. Crawford. *Edinb. med. Journ.* Juni 1886. pag. 1120.
29. Cooper. *Trans. med. and Phys. Soc.* Bombay, 1886. pag. 25.
30. C. H. Eyles. *Lancet.* London, 1886. No. 11. pag. 576.
31. F. J. Shepherd. *Americ. Journ. med. sciences.* Philadelphia, 1886. pag. 137.
32. O. Horwitz. *Med. and Surgical Reporter.* Philadelphia, 1887. pag. 649.
33. J. Evans. *Trans. South Carolina med. Association.* 1887. pag. 93.
34. J. Smyth. *Indian med. Gaz.* Calcutta, 1888. pag. 57.
35. R. H. Day. *Medical News.* Philadelphia, 1888. pag. 348.
36. Geschwind. *Arch. de méd. et pharm.* Paris, 1888. pag. 361.
37. Matas. *New Orleans med. and Surg. Journ.* 1888. No. 89. pag. 607 und in *Dennis' System of Surgery.* IV. pag. 868.
38. Cognes. *Arch. de méd. nav.* Paris, 1889. pap. 232.
39. Reclus. *Gaz. hebd. de méd.* Paris, 1889. pag. 845. *Gaz. des Hôpitaux.* Paris, 1889. pag. 559. *Bull. et Mem. Soc. de Chir. de Paris.* 1889. pag. 428.
40. E. A. G. Doyle. *Brit. med. Journ.* London, 1889. I. pag. 346.
41. Rouget. *Gaz. de Hôpitaux.* Paris, 1889. pag. 936.
42. Brumow. *Bull. de la Soc. de méd. de Rouen.* 1889. pag. 39.
43. Toppin, J. *Lancet.* London. I. pap. 307.
44. Trelat, U. *Gaz. hebd. de méd.* Paris, 1881. pag. 102.
45. Messum, G. *Lancet.* 1891. I. pag. 932.
46. Digby, C. *Brit. med. Journ.* London, 1891. I. pag. 1331.
47. von Winckler. *Brit. Guinea med. Ann.* Demerara, 1891. pag. 188
48. Sen, H. W. *Indian med. Gaz.* Calcutta. 1892. XXVII. pag. 334.
49. Walter L. Pyle. *The medical News.* 1895. LXVI. pag. 85—88.
50. Ohmann-Dumesnil *Medicine.* Juli 1895.
51. Coriolano Ferras do Amaral. Ainhum, These de Bahia. 1896.
52. J. B. Herrick. *Philadelphia med. Journ.* 5. Febr. 1898.

Aus der Praxis.

Zur Behandlung der gonorrhoischen Epididymitis.

Von

Dr. Spiegelhauer,
Spezialarzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten in Zwickau in Sachsen.

Analog der seiner Zeit in Breslau am Allerheiligenhospital unter Prof. Jadassohn mit gutem Erfolg gehandhabten Behandlung der gonorrhoischen Adnexerkrankung beim Weibe mit heifsen Umschlägen und nicht zum wenigsten durch die Beobachtung eines Patienten beeinflufst, der anfangs mit Kälte behandelt, keine Besserung verspürend, in seiner Verzweiflung heifse Sitzbäder nahm und hierbei Linderung fand, habe ich seit zwei Jahren meine sämtlichen gonorrhoischen Epididymitiden mit

heifsen Umschlägen behandelt. Ich schneide mir aus Billrotbattist ein Rechteck von circa 15 cm Breite zu 20 cm Länge und ein ebensolches aus einer dicken Lage Verbandgaze. In der Mitte der einen kurzen Seite der Rechtecke wird je ein Loch ausgeschnitten, durch das der Penis gesteckt wird. Die Verbandgaze ist mit 10% heifser, essigsaurer Thonerde getränkt, darüber kommt der Billrotbattist und dann ein billiges Suspensorium (1.0—1.50 Mk.) mit Gummizugeinsatz in den Schenkelriemen. Die Hauptsache bei der Anlegung des Suspensoriums ist, dafs der Leibriemen ganz straff angezogen wird, weil hierdurch der Sack gehoben wird, während die Schenkelriemen nur zu verhüten haben, dafs das Suspensorium abrutscht. Ich schreibe nun nicht der essigsauren Thonerde eine besondere Heilwirkung auf die Epididymitis zu, wohl aber verhindert resp. hält sie die Maceration der Haut hintan, welche bei Wasser allein gewöhnlich sehr bald eintritt. Ich lasse den Umschlag dreimal täglich erneuern, um seine Austrocknung zu verhüten, und glaube, dafs seine Wirkung nur die eines Priessnitz ist. Meist können die Patienten bei dieser Behandlung ihrem Berufe nachgehen, da durch die Hebung des Sackes und die dadurch bedingte Entlastung der Samenstränge der Schmerz geschwunden ist. Nur ganz wehleidige Patienten und auch diese nur im Anfangs- und akutesten Stadium der Epididymitis, in dem noch Fieber besteht, lasse ich sich legen. Diese Patienten können auch mit gutem Erfolg heifse Sitzbäder nehmen. Innerlich bekommt jeder Epididymititiker pro die 3 g Natrium salicylicum, auch noch nach Verschwinden des Fiebers, das — wie ich glaube — aufhört, sobald der in der Epididymis angesammelte gonorrhoische Eiter durch Spannung die Verklebung im Samenstrang gelöst hat und zum Abfluſs gekommen ist — was doch wohl das erstrebenswerte Ziel ist. Eine Vereiterung habe ich bis jetzt — bei circa 20 Fällen — nicht erlebt, dagegen sind sämtliche Epididymitiden schneller und vollständiger zurückgegangen als unter der früheren Eisbeutelbehandlung.

Fachzeitschriften.

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.
1899. Heft 12.

Über ein Eccema hyperkeratoticum interdigitale, von W. Dubreuilh. Unter dieser Bezeichnung beschreibt D. eine bisher noch nicht beobachtete Krankheitsform, von der ihm vier Fälle zu Gesicht gekommen sind. Fast ausschliefslich sind die Zwischenräume der Zehen betroffen. Ihren Ausgang nimmt die Krankheit von der Falte zwischen der fünften und vierten Zehe, um sich von hier aus mit ab-

nehmender Heftigkeit auf die anderen Zwischenräume und die nächste Nachbarschaft zu verbreiten. Die Haut zwischen zwei benachbarten Zehen ist glänzend weifs und besteht aus einer Hornschicht, die nicht selten 1 mm dick ist; sie ist dabei elastisch, derb, und löst sich in gröfseren Fetzen ab. Doch bleiben diese Fetzen noch lange mit einem Rande an der Unterlage haften und lassen sich nur unter grofsen Schmerzen abreifsen. Unter ihnen liegt die Cutis, die schon wieder von einer zarten, durchscheinenden Epidermis bedeckt ist. Diese junge Epidermis verfällt demselben Verhornungsprozefs und hat oft schon ihre stärkste Verdickung erreicht, wenn der alte Fetzen noch ganz abgestofsen ist. Dieses Spiel wiederholt sich jahrelang, ohne viele Schmerzen zu verursachen. In der Nachbarschaft, an der Plantar- und Dorsalseite der Zehen entwickelt sich gleichzeitig bald ein schubweise auftretendes Ekzem, bald ein Status papillomatosus, bald eine einfache Hyperkeratose. Die Behandlung ist ziemlich ohnmächtig; am besten scheint noch Ichthyol in alkoholischer Lösung gewirkt zu haben. Den Patienten, lauter älteren Personen, konnte man nur nachsagen, dafs sie „Arthritiker" seien; einzelne hatten auch an anderen Körperstellen Ekzem.

Die Behandlung der Beingeschwüre mit Pyocyaneustoxinen, von Laroslav Bukovsky-Prag. Verfasser hat eine ganze Reihe von Beingeschwüren auf ihren Reichtum an Bakterien hin untersucht. Am häufigsten fand er den Bacillus pyocyaneus, dann in absteigender Menge Staphylokokken, Streptokokken, Bacterium coli, den Proteus, den Pneumococcus; aufserdem eine Reihe nicht pathogener Keime. Letztere verschwanden bald bei genügender Reinlichkeit, erstere dagegen widerstanden selbst wiederholten Ätzungen mit reiner Karbolsäure, sodafs Verfasser zwischen ihnen und der Hartnäckigkeit der Geschwüre einen ursächlichen Zusammenhang anzunehmen geneigt ist.

Des Weiteren hat B. von den verchiedenen Mikroorganismen Toxine hergestellt und deren Einwirkung auf die Ulcera cruris studiert. Dabei hat sich nun wunderbarerweise ergeben, dafs die Pyocyaneustoxine einen äufserst günstigen Einfluſs auf die Geschwüre ausübten, indem diese viel schneller heilten, wenn sie zwei- bis dreimal täglich mit Watte, die mit Pyocyaneustoxinlösung getränkt war, verbunden wurden. Die Beobachtungen erstrecken sich auf 100 teils komplizierte, teils unkomplizierte Fälle von Beingeschwüren und der gröfste Teil der Arbeit besteht aus statistischen Angaben über die Zeit der Reinigung, der Epidermisierung und der endgültigen Heilung der Geschwüre. Dabei fanden sich unter den 100 Fällen ganz veraltete und weit ausgedehnte Ulcera, die den Gedanken an eine Amputation nahe legten. Trotzdem aber jede andere örtliche Behandlung grundsätzlich ausgeschlossen wurde, heilten doch alle Fälle in ungewöhnlich kurzer Zeit aus. Störende Nebenwirkungen wurden nie beobachtet. Die neugebildete Narbe war fest; ob sie auch dauerhaft ist, mufs erst eine längere Beobachtung erweisen.

1900. Heft 1.

Zur Ekzemfrage, von L. Brocq. Diese Arbeit zieht sich durch mehrere Hefte hin.

Klinische und bakteriologische Untersuchungen über die Impetigo, von R. Sabouraud. In diesem ersten Teil einer längeren Abhandlung beschäftigt sich der Verfasser nur mit der klinischen Seite der Impetigo. Es ist bei Sabouraud selbstverständlich, dafs er auch in diese Untersuchung wieder neue Gesichtspunkte hineinträgt und in lichtvoller Weise seine neuen, überraschenden Befunde vorträgt.

Unter dem Namen Impetigo werden, wie S. nachweist, verschiedenartige, klinisch getrennte Krankheitsbilder zusammengefafst. Daher darf es auch nicht

wundern, wenn die verschiedenen Forscher bei ihren bakteriologischen Untersuchungen zu ganz auseinanderstrebenden Ergebnissen gelangen. Auch die zuletzt veröffentlichten Studien zur Bakteriologie der Impetigo sind wertlos, weil ihm diese Thatsache damals noch unbekannt war.

Unter Impetigo, so wird weiter ausgeführt, werden zwei Krankheiten zusammengeworfen, die klinisch nichts miteinander gemein haben: die Impetigo vesiculosa s. phlyktaenulosa, i. e. die Impetigo contagiosa von Tilbury Fox und die Impetigo pustulosa peripilaris von Bockhart. Der klinischen Symptomatologie dieser beiden Formen ist der ganze erste Abschnitt gewidmet. Die Impetigo contagiosa ist eine Erkrankung der Epidermis; sie beginnt mit einem flüchtigen erythematösen Fleck, aus dem sich eine mit hellem Serum gefüllte Phlyktäne entwickelt. Zuweilen wird der Inhalt eitrig, immer aber berstet die Haut bald — meistens infolge des Kratzens, da die Entzündung stark juckt — und der flüssige Inhalt trocknet zu einer bernsteingelben Kruste ein, unter der sich allmählich eine neue Epidermis wieder bildet. Diese Form wurde zuerst 1862 von Tilbury Fox beschrieben. Ganz anders gestaltet sich dagegen das klinische Bild der Impetigo pustulosa peripilaris, die zuerst 1887 von Bockhart aufgestellt wurde. Bei dieser Form bildet der Haarfollikel den Sitz der Krankheit. Während die Impetigo contagiosa daher hauptsächlich die glatten Gesichtsteile befällt, spielt sich die Impetigo pustulosa in der behaarten Kopfhaut ab. Sie beginnt mit einem peripilären Abscefs, und es können sich hunderte solcher Abscesse, die höchstens erbsengrofs werden und nie zusammenfliefsen, in einer einzigen Nacht bilden. Das einzige prämonitorische Symptom bildet eine schmerzhafte Schwellung der Halsdrüsen. Bei der Impetigo contagiosa ist diese Schwellung immer sekundär.

Aber bei dieser schematischen Schilderung der beiden Krankheitsbilder bleibt S. nicht stehen. Vielmehr führt er eine grofse Zahl von Dermatosen an uns vorüber, die klinisch mit dem einen oder dem andern von ihnen verwandt sind. Zur Impetigo contagiosa haben nähere oder fernere Beziehung: die Impetigo phlyktaenularis des Körpers, Ekthyma, Impetigo figurata, Eccema petaloides, Dermitis impetiginosa u. s. w. Mit der Impetigo peripilaris purulenta sind verwandt: Acne suppurativa und Acne necrotica, Folliculitis, Furunculosis u. s. w. Auch die Mischform von Impetigo contagiosa und Impetigo purulenta findet Berücksichtigung. Ob allen diesen Formen eine gemeinsame Ätiologie zukommt, oder ob jede von ihnen sich eines eigenen Erregers rühmen darf? Darüber will uns Verfasser in einer folgenden Abhandlung aufklären.

Ist das Ekzem mikro-parasitären Ursprungs? von L. Török. Sabouraud hatte in einer Abhandlung, die auch in den Monatsheften besprochen wurde, den bacillären Ursprung des Ekzems als wahrscheinlich hingestellt und auf Grund dieser Annahme eine geistreiche Theorie über das Zustandekommen der einzelnen pathologischen Veränderungen der Hautelemente entwickelt. Török macht in dem vorliegenden Aufsatz auf die Schwächen der ganzen Voraussetzung aufmerksam. Es sei noch in keinem Falle eines gewöhnlichen Ekzems irgend ein Mikroorganismus bestimmt als der Urheber nachgewiesen, andererseits sprächen viele Erscheinungen, so namentlich die willkürlich und künstlich erzeugten Ekzeme dagegen, dafs diese ausschliefslich eine mikro-parasitäre Dermatose darstellten. Alle diese Beweisgründe, die von Unna und seinen Anhängern für die parasitäre Natur des Ekzems beigebracht sind, werden kritisch beleuchtet und widerlegt. In dem einen Punkte stimmt T. mit Sabouraud überein, dafs sich zur Lösung der Frage nur die allergewöhnlichsten, unkomplizierten Ekzemformen eignen.

Betrachtungen über die Syphilis, von Ch. Audry. Die Betrachtungen, die

A. hier am Ausgang des Jahrhunderts über die Fortschritte in der Erkenntnis der Syphilis anstellt, verweilen besonders bei zwei Punkten: Bei der Inkubationsdauer und bei dem Wesen der Syphilis. Nach Audrys Auffassung dauert die Inkubation vom Augenblick der Ansteckung bis zum Ausbruch der Roseola; dieselbe erst mit dem Sichtbarwerden des Schankers beginnen zu lassen, sei verkehrt, denn lange vorher sei dieser schon in Bildung begriffen; er bestehe von dem Augenblick an, da die erste Zelle des Organismus von dem Syphilisgift beeinflufst werde — und das geschehe unmittelbar nach der Infektion. Es wird demnach zu untersuchen sein, ob die Zeit von der ersten Übertragung — dem Coitus oder der sonstigen Ansteckung — bis zum Ausbruch der Roseola immer die gleiche und wie grofs sie sei. Das Wesen der Syphilis erblickt Audry in einer primären Blutvergiftung und einer aus dieser folgenden allgemeinen Gefäfsentzündung. Der Syphilitiker ist behaftet mit einer Vaskularitis generalisata, die zu häufigen Exacerbationen neigt. Jedes tertiäre Symptom ist wahrscheinlich nur die Äufserung einer latenten Schädigung, die vielleicht bis zu den ersten Tagen der Infektion zurückreicht. An der Hand der histologischen Befunde beim Schanker, der Roseolapapel, dem Gumma u. s. w. wird dieser Gedanke der Vaskularitis sehr hübsch durchgeführt. Den Lymphbahnen und Lymphdrüsen spricht A. jede Bedeutung für die Verbreitung oder Unterdrückung der Syphilis im Körper ab.

Türkheim-Hamburg.

Journal des maladies cutanées et syphilitiques.

1899. Heft 12.

Über Fingerherpes, von F. Guermonprez und A. Platel. Die Ursache des Fingerherpes erblicken die Verfasser in einer Infektion, wenngleich von den Patienten meistens eine Verletzung beschuldigt wird. Ein Stadium congestionis wird bei dem Zoster der Finger gewöhnlich vermifst, die Entzündung setzt hier vielmehr sofort mit der Bildung von Vesikeln ein. Jedoch stehen dieselben hier nicht getrennt, wie beim Herpes der Lippen, der Genitalien u. s. w., sondern sie pflegen in eine grofse Blase zusammenzufliefsen, die sich von einer Brandblase, mit der man sie häufig verglichen hat, dadurch unterscheidet, dafs bei ihr die Epidermis noch mehrfach mit der Cutis zusammenhängt, während sie bei jener durch das Exsudat ganz von der Cutis getrennt ist. In der Regel sitzt der Herpes an der ersten oder zweiten, selten an der letzten Phalange. Die Gewebe oberhalb der Entzündung sind bis zur Handwurzel mehr oder minder geschwollen und ödematös, während die letzte Phalange eher welk erscheint.

Der Fingerherpes ist ein sehr schmerzhaftes Leiden. Er darf in den ersten Tagen nur mit häufig erneuerten Salben behandelt werden. Jede andere Behandlung, Einschnitte, antiseptische Verbände u. s. w., würde die Schmerzen nur vermehren und die Heilung verzögern. Später sind Leimverbände, die den ganzen Finger immobilisieren, am meisten zu empfehlen.

Die Prophylaxe der Geschlechtskrankheiten, von F. Buret. Auf die Dauer wirken diese Vorlesungen gegen Verbreitung der Syphilis etwas ermüdend, selbst wenn die Vorschläge mit soviel Wärme und soviel Geist vorgetragen werden, wie man es bei Buret gewöhnt ist. Denn alle diese, in ihrem Erfolg recht zweifelhaften Vorschläge, scheitern an dem guten Willen der Behörden und an der Neigung der Gemeinden, die Mittel bereit zu stellen.

Buret ist Feind jeder Polizeimafsregel, die erwiesenermafsen nichts nützen, nur Erbitterung schaffen und allen möglichen unerlaubten Umtrieben Vorschub leisten. Dagegen soll jedes Mädchen, das gewerbsmäfsig Unzucht treibt, ein Gesundheitsbuch führen, das ihre Photographie enthält. Zweimal in der Woche läfst sie sich von

einem Bezirksarzt untersuchen, der einen entsprechenden Vermerk in ihr Buch einträgt. Im Erkrankungsfall begiebt sie sich in ein beliebiges öffentliches Krankenhaus, von wo sie erst nach Beseitigung der Ansteckungsgefahr entlassen wird. Gesetzliche Bestrafung derjenigen Frauen — und auch Männer — die wissentlich einen andern geschlechtlich anstecken.

Lichen atrophicus und Vitiligo, von Orback - Kopenhagen. Die bisher bekannten Fälle von Lichen planus atrophicus werden kurz skizziert und die Kasuistik um einen neuen Fall bereichert. Es handelte sich um einen 23jährigen Menschen, der seit seinem zehnten Jahre an Lichen litt, stark nervös war und in der Leisten- und Schamgegend eine starke Dyschromie aufwies. — Verfasser glaubt nicht an einen parasitären Ursprung dieser Dermatose; er rechnet sie vielmehr mit Köbner, Leloir und Schwimmer zu den Neurodermitiden. In seinem Fall wurde nach Anwendung einer 5%igen Pyrogallussalbe und innerlichem Gebrauch von Arsen nach einigen Monaten Besserung erzielt.

1900. Heft 1.

Direkte Übertragung von Ekthyma von Tier auf Mensch, von Le Calvé und H. Malherbe. Das Ekthyma war von dem vierjährigen Haushund auf seine Pflegerin übergegangen. Beim Tiere hatte es an den Hinterpfoten angefangen und hatte dann auch die Vorderpfoten ergriffen. Der Hund magerte dabei sichtlich ab. An dem Ausschlag selbst war nichts bemerkenswertes. Bei der Pflegerin des Hundes saßen die Pusteln an den Vorderarmen und an den Unterschenkeln bis zur Höhe der Strumpfbänder; einzelne fanden sich auch der Taillengegend. Sie bestanden aus zweifrancsstückgroßen roten Scheiben, in deren Mitte die Epidermis durch ein milchiges Serum abgehoben war; darunter lag die ulcerierte Cutis mit einzelnen hämorrhagischen Punkten. Die Pusteln brannten lebhaft, heilten aber bald unter geeigneter Behandlung.

Das Serum enthielt nur einen Staphylococcus albus, keinerlei andere Keime. Ein Meerschweinchen, das am 31. Oktober mit einer Reinkultur dieses Staphylococcus an der Bauchhaut geimpft war, ging am 12. November zu Grunde, nachdem sich in der Gegend der Impfstelle große Ekthymapusteln gebildet hatten. Das Herzblut enthielt ebenfalls den Staphylococcus albus.

Blennorrhoische Erkrankung und Heirat, von Ignasio Callari - Palermo. Verfasser geht von der Behauptung aus, daß die Geschlechtskrankheiten in ungeheurer Zunahme begriffen seien und das die Ursache hierfür in der mangelhaften Überwachung der Prostitution liege. Die Blennorrhoe, die doch so viele Gefahren in sich schließe, werde arg vernachlässigt. Es folgt eine Auseinandersetzung über die akute und chronische Form des Trippers mit der selbstverständlichen Bemerkung, daß damit behaftete Patienten nicht heiraten sollen. Weniger selbstverständlich erscheint dagegen die Meinung, daß der an Azoospermie leidende Mann seine künftigen Schwiegereltern über die Kinderlosigkeit seiner Ehe aufklären solle, und ebensowenig kann ich dem Verfasser beipflichten, wenn er der Frau mildernde Umstände billigt, welche die ihr vom Manne versagte Befruchtung außerhalb der Ehe sucht. Die Vorschläge zur Verminderung der Geschlechtskrankheiten, in die schließlich diese Abhandlung ausläuft, bestehen in einer Verbesserung des Prostitutionswesens und in einer gründlichen Aufklärung der Jugend über die Gefahren des Trippers.

Ein eigentümlicher Fall von Hydrargyrose, von Millér. Ein Mann, der wegen rezidivierender Iritis mit Hg-Einreibungen behandelt wurde, schlief mit seiner Frau in einem Bett. Nachdem der Mann eine ganz leichte Stomatitis gehabt hatte, stellte sich eine solche in viel stärkerem Maße auch bei der Frau ein, obschon sie

keineswegs die Einreibungen besorgte. Handelte es sich nun in diesem Falle um eine Stomatitis per contagionem, wie eine solche Beobachtung von Diday mitgeteilt ist, oder haben wir es mit einer regelrechten Quecksilberstomatis zu thun? Verfasser neigt zu ersterer Ansicht.

Ein Tumor der Hand. Botryomykosis humana, von Louis Verdelett. Eine Frau hatte seit einem Monat auf dem rechten Thenar einen kleinen gestielten Tumor, der beständig wuchs, stark brannte, einen stinkenden Eiter entleerte, leicht blutete und das Aussehen einer Granulation hatte. Entfernung mit dem Messer; rasche Heilung. Er bestand aus fibrösem Gewebe mit Ansammlungen von Bindegewebszellen. An seiner Peripherie Anhäufungen von polynukleären Leukocyten; in der Tiefe normale Schweifsdrüsen. Aufserdem einzelne Mikrokokken und Bakterien. Der Fall stellt eine Botryomykosis dar, über die namentlich von Franzosen gearbeitet ist.

Türkheim-Hamburg.

American Journal of Dermatology and Genito-Urinary Diseases.

Heft 6. November 1899.

1. **Psoriasis varioliformis (mihi),** von Shields - Cincinnati. Der Verfasser beschreibt eine neue, seltene Form der Psoriasis, wie er sie an einem 9jährigen Mädchen beobachtete, welche im übrigen die gewöhnlichen typischen Manifestationen der Psoriasis zeigte. Die ungewöhnlichen Eruptionen bedeckten das Gesicht, hier etwa 75 einzelne Läsionen, die Ohren, Schultern (etwa 25 Läsionen) und mit den einfachen Psoriasisplaques vermischt auf den Armen und dem Rumpf. Zwei von den seltenen Eruptionen liegen auf der rechten grofsen Schamlippe. Ihr Aussehen ist folgendes: Gröfse $^1/_8$—$^1/_2$ Zoll. Die krustige Schuppe deutlich genabelt. Der Durchmesser des Nabels beträgt die Hälfte der ganzen Efflorescenz, sein Grund schwärzlich. Um die ganze Plaque läuft ein verhältnismäfsig heller Hof, der allmählich in gesunder Haut verschwindet. Beim Entfernen der Kruste findet sich eine hellrote konische Vertiefung, von deren Grund etwas Blut austritt; zum Teil auch seröse Flüssigkeiten nach Aufhören der Blutung. Einzelne der Vertiefungen wiesen aber danach ganz trockene Basis auf. Letztere heilen mit abgeflachten Narben. Die Vertiefungen sind etwa doppelt bis viermal so lang, als die Delle auf der Schuppenoberfläche. Den Grund zu dieser Abart der Psoriasisformationen sucht Shields in trophischen Störungen und hygienischer Vernachlässigung. Die Behandlung, welche in acht Wochen zur Heilung führte, bestand in heifsen Bädern und antiseptischer reizloser Salbenbehandlung.

2. **Die Diagnose der Pocken,** von Martin-St. Louis. Verfasser tritt der Ansicht entgegen, dafs Varicellen und Variola vera nur verschiedene Form derselben Krankheitsentität darstellen.

3. **Ein Fall von Epithelioma auf Brandwunde,** von Bunts-Cleveland. Bei einer 26jährigen Kranken, welche 13 Jahre vorher eine schwere, mit ausgedehnter Narbe heilende Verbrennung des unteren Rückens erlitten hatte, degenerierte die narbige Fläche carcinomatös. Nach einjähriger Dauer des Wucherns dieses Prozesses betrug der Umfang der fungösen, leichtblutenden Ulceration etwa den eines Kinderkopfes. Drüsen waren nirgends zu fühlen. Nach ausgedehnter Abtragung in Narkose wurde die Operationswunde mit Hautstücken von einem eben amputierten Bein bedeckt. Glatte Heilung blieb aus, da ein kleiner Teil nicht anheilte und eine mikroskopisch als cancrös erkannte Granulationsfläche zurückliefs. Nach $1^1/_2$ Jahren stellte sich die Frau wieder vor. Die seinerzeit ungeheilt gebliebene Fläche bestand in gleicher Ausdehnung ohne Beschwerden zu verursachen. Operation wurde verweigert. In

beiden Axillen Bubonen. Incision der einen und Entleerung von vielem Eiter. Feststellung der Natur der Drüsenpackete unmöglich.

4. **Behandlung von Geschwüren**, von KENNEDY-St. Louis. Kurze Besprechung der Differentialdiagnose und Differentialtherapie der mannigfachen Arten der Geschwüre, ohne neue Gesichtspunkte.

5. **Behandlung der chronischen Blennorrhoe**, von MARTIN-St. Louis. Der Verfasser legt eine Lanze für die Dehn- und Spülbehandlung des chronischen Trippers ein. Seine Abhandlung bringt eine Reihe Abbildungen der bekannten OBERLÄNDER-KOLLMANNschen Dilatatoren und Spüldehner. Zur Desinfektion des äufseren Gliedes empfiehlt MARTIN eine 4%ige, zur vorherigen Ausspülung der Urethra eine 3%ige Lösung von Antinosin (Tetrajodophenolphthaleinnatrium) als bestes, weil wenigst reizendes, geruchloses und wirksamstes Desinfiziens. Die Art MARTINS zu dehnen ist die allmählich ansteigende, nicht gewaltsame. Nach jeder Dehnung hat eine 2%ige Antinosinspülung sich anzuschliefsen.

6. **Einige Beobachtungen über Geschichte, Psychologie und Therapie der Impotenz**, von REMONDINO-San Diego. Eine sehr umfangreiche Erörterung der Entstehungsarten und der Behandlungsweisen der Impotenz nebst interessanten historischen Streiflichtern, die hier zu berühren zu weit führen würde. Neue therapeutische Gesichtspunkte sind nicht vorhanden.

7. **Behandlung der Pityriasis versicolor.**

℞ *Lanolin.* 10,0
Vaselin. 20,0
Solut. calc. bisulphurosi 40,0 : 60,0.
Mf. ung. s. tagsüber anzuwenden.

8. **Psoriasis**, von MARTIN-St. Louis. Psoriasis steht in St. Louis, was Häufigkeit anbetrifft, nur dem Ekzem nach und macht über 3% der Hautkrankheiten aus. In England steigt dieses Verhältnis bis zu 7%. Verfasser hat die besten Erfolge gesehen von Arsen, Jodkalium und Ekthol intern angewendet, sowie von Ekthol und Chrysarobin äufserlich. Die Psoriasis diffusa widersteht der Therapie am meisten. Hier wendet MARTIN die ROBINSONsche Seifenbehandlung an. Zweimal täglich wird vier bis sechs Tage lang, dann einmal täglich weitere drei oder vier Tage Seife in die Haut eingerieben und zwar sehr kräftig. Wenn sich die Epidermis löst, nimmt der Kranke ein Seifenbad. Während jeder Therapie bei Psoriasis sind Fleischkost und Spirituosen zu verbieten.

9. **Hereditäre Syphilis**, von ENGMANN. Die Fälle von Lues hereditaria tarda der Franzosen hält Verfasser für Syphilis hereditaria communis, deren in der ersten Lebenszeit aufgetretenen früheren Symptome übersehen worden sind. Sind bei einem Kinde, wo eine syphilitische Infektion zu erwarten ist, die ersten sechs Monate ohne Manifestationen der Krankheit verstrichen, so ist anzunehmen, dafs keine Ansteckung erfolgt ist. Besprechung von Ätiologie und Therapie bieten nichts Neues, nur ist zu bewundern, dafs die Sublimatbäder im Heilschutz des Verfassers fehlen, während er viel Wert auf Merkursalben legt.

10. **Die Zeichen der erblichen Syphilis**, von DAWBARN-New York. Nach FOURNIERS Statistiken ist nur ein Kind von vier hereditär-syphilitischen überlebend. Die überwiegende Mehrzahl stirbt im Laufe des ersten Lebensjahres. Von 40 Fällen acquirierter Syphilis bei Kindern ist dagegen nur ein Todesfall beobachtet worden. Als Zeichen hereditärer Lues giebt Verfasser folgende 27 Symptome an: Greisenhaftes Aussehen mit Milchkaffeefarbe der Haut, aufserordentliche Dicke der Nabelschnur, Pemphigus syphiliticus (vesikulöses Syphilid), makulöses Exanthem meist in der Genitalsphäre zuerst auftretend, Condylome, Schnupfen (Coryza syph.), Heiserkeit,

Schleimhautplaques, Stomatopharyngitis, Abwesenheit des Polyadenitis in den meisten Fällen kongenitaler Syphilis, Hämorrhagien, weifse Pneumonie, Hepatitis interstitialis oder gummosa, Splenitis, Keratitis interstitialis punctata nebst eventueller Chorioiditis, Retinitis, Neuritis nervi optici, Mittelohrentzündung, Alopecia, schmerzlose Orchitis, Neurosen wie Chorea, Hemiplegie u. a., Osteochondritis, Periostitis, Dactylitis, Onychia, Hutchinsonsche Zähne, zeitiger Ausfall der Milchzähne, Sattelnasenbildung und Deformität anderer knöcherner Gebilde (Säbelbein), Lippenfissuren. *Hopf-Dresden.*

Bücherbesprechungen.

Die Chemie im täglichen Leben, von Prof. Lassar-Cohn. 4. Aufl. (Hamburg 1900. Leopold Voss.) Von dem im reizendsten und anschaulichsten Stile geschriebenen Büchlein ist in kurzer Zeit wiederum eine neue Auflage erschienen, ein Beweis, wie sehr der Verfasser sich bei den Laien verständlich und beliebt zu machen verstanden hat. Man mufs aber auch sagen, das Büchlein verdient es in reichem Mafse. Selten habe ich ein Buch aus der Hand gelegt, das mir beim Lesen so viel Vergnügen bereitet hat, wie dieses kleine Werk. Auf den Inhalt abermals einzugehen, halten wir für überflüssig. Wir wollen hiermit nur nochmals auf die Neuauflage hinweisen. *P. Taenser-Bremen.*

Neue Methoden der Wundheilung. Ihre Bedingungen und Vereinfachung für die Praxis, von C. L. Schleich. II. Auflage. (Julius Springer. 1900. Berlin.) Der orginelle Charakter des Schleichschen Buches, die in demselben enthaltenen, auf die praktische Thätigkeit hinzielenden, zahlreichen Vorschläge haben so viel Interesse erregt, dafs schon nach einem Jahre eine Neuauflage desselben nötig wurde. Wenn man auch mancher theoretischen Reduktion skeptisch gegenübersteht, wenn man auch nicht alles vorgeschlagene acceptieren wird, so ist doch die Lektüre sehr zu empfehlen; es giebt für jeden etwas daraus zu lernen und es ist für jeden interessant, weil Verfasser nicht die schulmäfsigen Bahnen wandelt, oft die Schwächen der medizinischen Schulen sehr scharf, aber meist nicht unverdient geifselt. — Eine mafsgebende Kritik über die in diesem Buche niedergelegten Methoden wird erst die praktische Verwendung derselben mit der Zeit ermöglichen; diese ist aber bisher eine noch kurzdauernde, als dafs man alles endgültig beurteilen könnte.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Der Sternalwinkel (Angulus Ludovici) in anatomischer, physiologischer und pathologischer Hinsicht, von David Rothschild. (Johannes Alt. 1900. Frankfurt a. M.) Ausführlich wird hier vom anatomischen, physiologischen und pathologischen Gesichtspunkte aus die Gestaltung und Bedeutung des Manubrium-Corpus-Winkels am Sternum behandelt, zu dessen Bestimmung Verfasser ein eigenes Instrument „Sternogoniometer" angiebt. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Schnelle und gründliche Heilung der Syphilis, von Larrieu. (Paris, Société d'Editions scientifiqnes, 1899.) Der Verfasser nimmt in Bezug auf die Behandlung der Syphilis einen von der anerkannten wissenschaftlichen Lehre getrennten Standpunkt ein, auf dem er sich nach berühmten Mustern im Bewufstsein tröstet, dafs die Wahrheit nicht immer im Lager der Majorität zu finden sei. Er verweist auf den

Nachteil, den zu grofse und zu häufige Merkurdosen dem Körper zufügen, und schiebt nach dem Vorgange des „berühmten“ Wiener Antimerkurialisten die medullären und cerebralen Erkrankungen nicht der Lues, sondern dem Quecksilber in die Schuhe. Einzig wirklich kurativ wirkt nur des Verfassers eigene Syphilistherapie, welche er und angeblich viele französische Ärzte seit neun Jahren mit Erfolg anwenden und deren Verbreitung zum Wohle der leidenden Menschheit die vorliegende dritte Auflage des Larrieuschen Buches dienen soll. Die Behandlung des Verfassers besteht in vom Primäraffekt an lange Zeit fort gegebenen kleinen Dosen von Jodtinktur, 3—5 Tropfen mit Wasser 5—8 Monate lang früh in den nüchternen Magen zu nehmen. Die Sklerose wird mit Wiener Paste geätzt (Dauer der Einwirkung 2—3 Minuten), die Leistendrüsen mit Jodtinkturumschlägen bedeckt oder mit lokalen Merkureinreibungen behandelt. Wenn Larrieu dieser Behandlung den Erfolg der absoluten Unterdrückung sekundärer und weiterer Symptome der Lues zuschreibt, so wird wohl Niemand darüber im Zweifel sein, welchen Wert die erwähnte Therapie in Wirklichkeit besitzt. *Hopf-Dresden.*

Jahresbericht über die Fortschritte in der Lehre von den pathogenen Mikroorganismen, umfassend Bakterien. Pilze und Protozoen, herausgegeben von P. v. Baumgarten und F. Tangl. XIV. Jahrg. 1898. I. Abt. (Harald Bruhn. Braunschweig, 1899.) Die vorliegende erste Abteilung des altbewährten und keiner weiteren Empfehlung bedürfenden Jahresberichtes bringt auch die Referate über alle Gonokokkenarbeiten des Jahres 1898. Es sind deren nicht weniger als 187! Wieviel Arbeit und Fleifs stecken dahinter und doch wie wenig positive Ergebnisse!

Jessner-Königsberg i. Pr.

Mitteilungen aus der Litteratur.

Pharmakologie und allgemeine Therapie der Haut.

Hypodermische Medikation bei Hautkrankheiten, von C. B. Savory. (*Brit. med. Journ.* 15. April 1899.) Der Verfasser empfiehlt für chronische und scharf umschriebene Hautkrankheiten, namentlich parasitären Ursprungs, wie den Herpes tonsurans, oder das Erythrasma folgende von ihm erprobte Methode: Die befallene Stelle wird 24 Stunden hindurch mit einer Karbolkompresse (1:30) bedeckt und gut getränkt, und hierauf etwa $^1/_8$ Zoll entfernt die ganze Umgebung mit von Zeit zu Zeit in Karbollösung (1:30) getauchten Nadeln tätowiert. Verfasser glaubt, dafs bei chronischen, umschriebenen syphilitischen Ausschlägen die Tätowierung der Umgebung mit Sublimatlösung wahrscheinlich ebenfalls erfolgreich sein werde.

C. Berliner-Aachen.

Die therapeutische Wirkung von Licht und Hitze, von W. K. Sibley. (*Brit. med. Journ.* 4. November 1899.) Der Verfasser bespricht die verschiedenen Krankheiten, bei denen sich der Einfluss des Lichtes und der Hitze als wohlthuend und wirksam erwiesen hat. Was die Hautkrankheiten betrifft, so bessern sich unter diesem Einflusse viele der trockenen Formen der Hautaffektionen, wie Psoriasis und das trockene Ekzem, ebenso die Sclerodermie, bei der bekanntlich die affizierten Hautstellen niemals schwitzen. Unter Licht und Hitze wird die Haut wieder an die

Perspiration gewöhnt. Chronische Geschwüre und lokale entzündliche Zustände, Fälle von Erythema nodosum haben eine günstige Heilwirkung erfahren.

C. Berliner-Aachen.

Das Röntgenverfahren, von JULIUS L. LÖWENTHAL-Berlin. (*Die ärztl. Prax.* 1899. No. 13.) Verfasser berichtet in einem kurzen der Dermatologie gewidmeten Abschnitte seiner Abhandlung über die günstigen Erfolge, die SCHIFF, FREUND und KÜMELL bei der Behandlung des Lupus mit Röntgenbestrahlung gesehen haben; bisher latente Lupusknoten werden manifest, lockerten sich und fielen allmählich aus. Die Tuberkelbacillen werden durch die Bestrahlung nicht direkt zerstört, aber die heftige entzündliche Reaktion hindert deren Wachstum (FREUND). Ein Fall von Lupus erythematosus wurde von FREUND auf diese Weise völlig geheilt. Nach JANKAU soll es sich bei der Heilung um einen elektro-chemischen Prozefs, nach BARTHÉLEMY um eine trophoneurotische Einwirkung handeln. Die Narben nach der Röntgenbehandlung sind glatter als die nach anderen Behandlungsmethoden zurückgebliebenen (KÜMELL). Nach NEISSER handelt es sich bei der Heilung um eine allmähliche Abkapselung und Einschmelzung der tuberkulösen Neubildungen durch die entstandene venöse Hyperämie. ALBERS-SCHÖNBERG und HAHN berichten über sehr schöne Heilresultate bei chronischem Ekzem, INTASSY auch bei Hypertrichosis. Ferner wurden von den verschiedensten Seiten auch Akne, Favus, Furunkulose und Psoriasis mit mehr oder weniger gutem Erfolge mittelst Röntgenbestrahlung behandelt.

H. Durlacher-Hamburg.

Die Lichttherapie, von JULIUS L. LÖWENTHAL-Berlin. (*Disch. Med.-Ztg.* 1899. No. 71.) Zunächst giebt Verfasser einen historischen Rückblick über die Anwendung von Licht bei Krankheitsprozessen. Die (Sonnen-) Lichtbäder der Römer gerieten allmählich in Vergessenheit, und erst im 19. Jahrhundert gelangt mit der allgemeinen Einführung der elektrischen Kraft auch dieser Heilfaktor zur gebührenden Anerkennung. Die Zahl der elektrischen Lichtheilanstalten wächst mehr und mehr, und immer weitere Gebiete werden der Lichttherapie erschlossen. Der eigentliche Begründer der Methode ist FINSEN-Kopenhagen, doch ist seine Lupusbehandlung natürlich rein lokal und hat den Nachteil, zu lange zu dauern. Seit KELLOG den elektrischen Glühlichtschrank angegeben, sind wir aber auch im stande, elektrische Lichtvollbäder zu verordnen; durch ihn erst wurde die phototherapeutische Allgemeinbehandlung eingeführt. Licht- und Wärmestrahlen vereinigen sich im Bade zur Anregung des Stoffwechsels. Aufserdem üben aber die Lichtstrahlen auch noch eine besondere chemische Wirkung aus, bestehend in einer starken Pigmentierung (Zerfall von Blutkörperchen) und sammetartigen Weichheit der Haut, wie man letztere sonst nur bei nacktgehenden Völkern der warmen Gegend antrifft.

Unter den verschiedenartigen von BELOW behandelten Krankheitsfällen sollen Ulcera cruris, Lues und Blennorrhoe ausschliefslich unter elektrischer Lichtbestrahlung geheilt oder wesentlich gebessert worden sein. Auch die Berichte von JONES, KERNIG und DERMITZEL sollen recht günstige Resultate aufweisen. Verfasser warnt aber gegenüber der neuen Methode ebenso sehr vor ungerechtfertigtem Enthusiasmus, wie vor einer allzu weit gehenden Skepsis. *H. Durlacher-Hamburg.*

Bemerkungen über FINSENs Phototherapie, von V. BIE-Kopenhagen. (*Brit. med. Journ.* 30. September 1899.) FINSENs Behandlung der Variola gründete sich auf folgende Erwägungen: Da die chemischen Lichtstrahlen (blau, violett und ultraviolett) fähig sind, eine Entzündung der gesunden Haut herbeizuführen (Erythema solare); so kann man annehmen, dafs sie in gleicher Weise im stande sein werden, eine bereits bestehende Entzündung noch zu verschlimmern, oder mit anderen Worten,

wenn die erkrankte Haut gegen die schädliche Wirkung der chemischen Lichtstrahlen geschützt würde, so könnte es möglich sein, die Intensität der Entzündung zu vermindern und so eine Eiterung zu verhindern. Es kommt hierbei nur darauf an, die chemischen Lichtstrahlen, welche der Haut schädlich sind, auszuschliefsen. Auf der anderen Seite werden gerade diese chemischen Lichtstrahlen jetzt zu Heilzwecken verwendet auf Grund folgender Eigenschaften;

1. ihrer baktericiden Fähigkeit;
2. ihrer Fähigkeit, eine Hautentzündung hervorzurufen;
3. ihrer Fähigkeit, die Haut zu durchdringen.

So finden die konzentrierten chemischen Lichtstrahlen bei der Behandlung lokaler, oberflächlicher bakterieller Hautkrankheiten Verwendung, insbesondere beim Lupus vulgaris.

Verfasser beschreibt ausführlich die Lichtapparate und teilt dann die Resultate mit, welche bei 350 Fällen Lupus mit der Phototherapie erzielt worden sind. Bei den schwereren Fällen ging der Lichttherapie erst eine kurze Behandlung mit Pyrogallolsalbe voraus, um die Haut für die Lichtstrahlen geschmeidiger und permeabler zu machen. Etwaige vorhandene Krusten und Borken sind durch Umschläge mit Borsäurelösung vor Beginn der Lichtbehandlung entfernt werden. Es dauert ziemlich lange und erfordert viel Geduld seitens des Arztes wie des Patienten, ehe eine Besserung deutlich sichtbar wird. Hat aber die Heilung einmal begonnen, so schreitet sie bis zum Verschwinden des letzten Lupusknötchens unaufhaltsam fort.

Wenn man die der Arbeit beigegebenen Photographien, vor und nach der Behandlung aufgenommen, sieht, so hat man seine wahre Freude an dem eklatanten Erfolge.

Auch beim Lupus erythematosus wurden mit der Phototherapie in vielen Fällen ausgezeichnete Resultate erzielt. *C. Berliner-Aachen.*

Die Kataphorese und ihre therapeutische Verwertbarkeit, von P. Meissner-Berlin. (*Zeitschr. f. Elektrotherapie u. ärztl. Elektrotechnik.* Januar 1899.) Verfasser giebt zunächst eine genaue Definition des Begriffs „Elektrolyt" und eine Darstellung der Vorgänge, die ein konstanter galvanischer Strom an einem Elektrolyten zu erzeugen vermag. Bei der Elektrolyse zerfallen die Moleküle in Zonen; dieser Zerfall stellt eine spezifische Eigenschaft gewisser Körper dar und giebt ihnen die Fähigkeit, Elektricität zu leiten. Der Zerfall der Moleküle in Zonen geschieht aber nur zum Teil. Je nach dem betreffenden Körper bleiben mehr oder weniger unveränderte Moleküle bestehen, und gerade diese unveränderten Moleküle treten bei der Kataphorese in Aktion. Die Zonen unterscheidet Verfasser in Kationen (positive) und Anionen (negative). Erstere wandern zum negativen, letztere zum positiven Pol, und beide geben dort ihre positive resp. negative Ladung ab, d. h. sie kommen zur Ausscheidung, sei es als Gas, sei es als Metall. Gleichzeitig mit der Wanderung der Zonen setzen sich auch die unzersetzten Moleküle des feuchten Leiters in Bewegung, aber nur in der Richtung vom positiven zum negativen Pol. Letzteren Vorgang, der mit der Elektrolyse an sich gar nichts zu thun hat, nennt man „Kataphorese". Diese kataphoretische Fortbewegung der Moleküle geschieht mit einer gewissen Energie, die sogar Widerstände zu überwinden vermag; zum Beispiel treibt sie die Moleküle eines feuchten Leiters in einen sich an ihn anschliefsenden feuchten Leiter hinein, und hierauf beruht nach Ansicht des Verfassers die therapeutische Verwertbarkeit dieses physikalischen Vorgangs. Mit der Dauer der Stromeinwirkung nimmt aber auch der Widerstand im Elektrolyt, in den die Moleküle eingeführt werden sollen, zu; ersterer mufs daher bei einer praktischen Verwertung erst beseitigt werden.

Ferner wandern bei der Kataphorese die Moleküle des schlechten Leiters schneller als die des besseren. Infolgedessen haben beim Einführen eines besseren Leiters in eine schlechter leitende Flüssigkeit die Moleküle des schlechteren bereits eine Zone verlassen, welche die Moleküle des besseren noch gar nicht erreicht haben. An dieser Zone entsteht also eine Flüssigkeitsverarmung, d. h. eine Austrocknung und damit herabgesetzte Leistungsfähigkeit und erhöhter Widerstand, woraus Verfasser folgende Regel ableitet:

„Bei der kataphoretischen Einwirkung eines galvanischen Stromes wächst mit der Dauer der Stromwirkung auch der innere Widerstand des kataphoretisch zu beeinflussenden Elektrolyten. Dieser Widerstand wird ein Maximum erreichen können, an welchem die Leistungsfähigkeit gleich Null und der Widerstand gleich Unendlich ist, dann ist natürlich auch jede kataphorische Wirkung ausgeschlossen."

Das einzige Mittel, diesem frühen Erlöschen der Kataphorese zu begegnen, ist eine Veränderung der Stromrichtung:

„Der Strom mufs von Zeit zu Zeit seine Richtung wechseln, beide Elektroden müssen mit der einzuführenden Flüssigkeit armiert sein, beide Elektroden müssen sich auf der zu beeinflussenden Stelle der Körperoberfläche befinden, da sie wechselweise in Aktion treten."

Verfasser glaubt nun unter Beobachtung dieser beiden Grundregeln dem mensch-Organismus körperfremde Substanzen durch die unverletzte Haut hindurch mittelst der Kataphorese einverleiben zu können und empfiehlt, bei der relativ geringen Menge eine sehr konzentrierte Lösung des betreffenden Mittels anzuwenden. Eine tiefer gehende Einführung des Medikaments hält Verfasser für nicht möglich, weil es doch durch den Lymphstrom sofort resorbiert würde, d. h. die Wirkung ist entweder eine rein lokale in der Hautoberfläche, oder eine allgemeine (Lymphstrom). Verfasser giebt auch einige Winke zur praktischen Ausführung der Kataphorese. Der Strom besitze relativ hohe Spannung (16—20 Volt) und möglichst geringe Stromstärke (unter 5 Milliampère). Am besten eignen sich Chromsäuretauchbatterien oder eine Anzahl Leclanché-Elemente. Die etwa alle fünf Minuten nötig werdende Stromwendung erreicht Verfasser mittelst eines periodischen automatischen Stromwenders. Zur Kontrolle werde hinter dem Stromwender ein Galvanometer eingeschaltet. Für die Elektroden empfiehlt Verfasser als Grundform einen kurzen Hartgummicylinder mit einer ebensolchen Scheidewand in der Mitte und Hartgummiplatte auf einer Seite. Durch die Platte ragen zwei Platinspiralen ins Innere der beiden Zellen und sind dort mit Wattebäuschchen leitend verbunden. Nach aufsen münden die Platindrähte in je eine Klemmschraube für die Leitungsschnur. Der Cylinder selbst wird mittelst Gurten am Körper befestigt. Als Lösung verwandte Verfasser Sublimat, Jodkalium, Chinin, Kokain und Arsen. Intoxikationserscheinungen hat er nie beobachtet. Hg war bereits nach 1½ stündiger Einführung der Kataphorese, Jodkalium noch viel früher im Harn nachweisbar.

Verfasser hält es angesichts von ihm erzielter Erfolge für durchaus wünschenswert, dafs diese Form der Elektrotherapie eingehend erprobt werde.

H. Durlacher-Hamburg.

Die chemische Fabrik Helfenberg hat unter dem Namen **Portoplast** einen Behälter für Pflaster und Verbandmaterial in Abteilungen mit Austrittsschlitz, Führungsrollen und klappenartiger Abschneidevorrichtung in den Handel gebracht, der nach den Abbildungen zu urteilen, sehr praktisch und empfehlenswert scheint, da er die Pflaster etc. vor Staub schützt und allen hygienischen Anforderungen genügt. Die betreffenden Pflaster liefert die Fabrik in diversen Breiten von 5 m Länge, perforiert und nicht perforiert. *P. Taenzer-Bremen.*

Über einige neue Heilmittel und Methoden in der Dermatotherapie, von Mibelli. (*La Terapia-Clinica.* Palermo 1899.) Ein Verzeichnis der neueren bei der Behandlung der Hautkrankheiten angewendeten Medikamente, nebst Angabe der Litteratur, der Anwendungsweise und einer Anzahl von Rezeptformeln.

C. Müller-Genf.

Arzneiexantheme, von Jessner. (*Biblioth. d. ges. med. Wissensch.*) Der Verfasser definiert die Arzneiexantheme (Toxidermien) als Hautausschläge, die als unerwartete und meist unwillkommene Nebenwirkung nach innerer Darreichung von Medikamenten (per os, per rectum, subkutan, per inhalationem) oder nach äufserer Applikation bei manchen Individuen auftreten, im letzteren Falle aber nur soweit es sich um Fernwirkung handelt. Die kleine Monographie behandelt das Thema der Arzneiexantheme im Allgemeinen und im Speziellen in erschöpfender und übersichtlicher Weise, ohne — wie natürlich — neue Gesichtspunkte beizubringen.

Götz-München.

Echinacea Angustifolia, ein neues Aphrodisiacum, von J. Coplin Stinson-San Francisco. (*New York med. Journ.* 13. Jan. 1900.) Echinacea ist ein relativ neues Mittel (alkoholische Tinktur der Wurzel, Ref.), welches innerlich als Tonicum bei Infektions- und anderen Krankheiten und äufserlich als mildes Antiseptikum bei Krankheiten der Zähne und des Zahnfleisches, bei Wunden, Geschwüren und vielen anderen Hautaffektionen schon angewendet wurde; lokal wird sie in 25%iger wässeriger Lösung oder ungelöst gebraucht. In letzterer Form hat sie St. auf die Schleimhaut der glans penis, corona u. s. w. als lokales Aphrodisiacum gebracht und er glaubt, dafs die Echinacea besser als jedes andere Mittel die lokale Zirkulation anrege und daher für lokale Schwächezustände besonders geeignet sei. Die Gefäfse werden durch die direkte Wirkung der Echinacea auf diese und die Nerven erweitert und die lokale Zirkulation dadurch freier; durch weitere Reflexwirkung auf die sensoriellen Nerven und das Herzcentrum werden Blutdruck und Temperatur erhöht, das Empfindungsvermögen vermehrt und ausgesprochene Erektion tritt ein. Impotenz, Pseudoimpotenz, sexuelle Neurasthenie und Schwäche, Abscheu vor allem Weiblichen u. s. w. werden alle durch die Applikation der Echinacea, wovon St. stets nur ein bestimmtes Präparat (Lloyds) anwandte, günstig beeinflufst. Andere Formen von Impotenz hingegen, welche auf Abnormitäten oder pathologischen Zuständen der Geschlechtsorgane, wie auf Urethritis, Prostatitis, Orchitis u. s. w. beruhen, müssen durch die kausale Therapie behandelt werden. Tabak und Alkohol (Whisky, Branntwein) sollten von jedem impotenten oder pseudoimpotenten Patienten gemieden werden. Das Schlufsergebnis von Stinsons Erfahrungen ist, dafs in allen (sic!) Fällen, unabhängig von der Ursache, Echinacea, lokal angewandt, ein wertvolles Aphrodisiacum ist. *Stern-München.*

Über Epicarin, von A. Eichengrün. (*Pharmac. Centralh.* 1900. No. 7.) Nach Besprechung der üblichen Krätzmittel und ihrer Nebenwirkungen schildert Verfasser das Epicarin als ein neues, völlig geruchloses und nicht schmutzendes, durchaus ungiftiges Heilmittel gegen Krätze; es ist ein leicht wasserlösliches Naphtolpräparat. Pharmakologische, von Prof. Dresser ausgeführte Versuche ergaben, dafs Epicarin ein starkes Antiseptikum ist, dafs es, äufserlich angewandt, frei von Hautreizungen ist und auch intern von Tieren gut vertragen wurde. Im Organismus wird es nicht gespalten. Dieselben Eigenschaften bewies Epicarin auch beim Menschen. Kaposi hat 80 Krätzekranke mit Epicarin behandelt, und zwar mittelst Einreibungen einer 10%igen Salbe. Schon nach einer Einreibung hörte stets das Jucken auf. Nach zwei Stunden trockneten die Milbengänge ein. Herpes tonsurans heilte nach 8 bis 10maliger Einreibung. Sehr bewährte sich Epicarin auch bei Prurigo, wobei ganz

besonders der Juckreiz günstig beeinflußt wurde, bei völliger Ungiftigkeit. Formeln: Epicarini 10,0, Ungt. simpl. ad 100,0; oder Epicarini 10,0, Ol. Jecoris Aselli 5,0, Vaselin fl. 15,0; oder Epicarini 15,0, Sap. virid. 200,0, Zinci oxyd. 19,0.

A. Strauß-Barmen.

Die Absorption von Ichthyol durch die Haut, von Cornelius Beck und von Fenyvessy. (*Brit. med. Journ.* 26. August 1899.) Die Verfasser schließen aus Experimenten, welche sie an Hunden angestellt haben, daß von letzteren Ichthyol durch die normale Haut absorbiert wird. Dasselbe kann an dem Zuwachs des im Urin anwesenden Schwefels nachgewiesen werden. Sowohl der oxydierte wie nicht oxydierte Schwefel nehmen in gleicher Weise an dem Zuwachs Teil. Bei den Verschiedenheiten der Haut des Menschen und der Hunde, lassen sich aus den an letzteren angestellten Experimenten noch keine bestimmten Schlüsse auf die Absorption der Ichthyols durch die menschliche Haut ziehen. *C. Berliner-Aachen.*

Untersuchungen über Naftalan, von Spiegel u. Naphtali. (*Pharm. Centralh.* 1900. No. 4.) Nach diesen Untersuchungen wird Naftalan als ein nahezu reines Mineralfett bezeichnet, das durch seine Konsistenz, Emulgierbarkeit, Aufnahmefähigkeit für wässerige und weingeistige Lösungen, Unveränderlichkeit, Schutz beigemengter, leicht zersetzlicher Substanzen und durch die Widerstandsfähigkeit gegen Einwanderung von Bakterien sich hervorragend zur Salbengrundlage wie zum Verbandmittel eignet. *A. Strauß-Barmen.*

Zur Anwendung des Naftalan, von Friedeberg. (*Centralbl. f. innere Med.* 1899. No. 39.) Naftalan ist bei den in das Gebiet des Ekzems fallenden Hauterkrankungen ein äußerst wertvolles Arzneimittel, ebenso bei Epididymitis. Wertlos dagegen ist es bei Akne und Gelenkrheumatismus. Bei Psoriasis, Ulcus cruris, in leichteren Fällen von Pleuritis sicca und exsudativa ist man wohl berechtigt neben anderen Medikamenten das Naftalan mit Aussicht auf günstigen Erfolg anzuwenden.

I. Bloch-Berlin.

Weitere Mitteilungen über die praktische Verwendung von Naftalan, von Richard Bloch. (*Wien. med. Wochenschr.* 1900. No. 9.) Auf die, wie es scheint, mit großem Optimismus aufgefaßte Naftalanwirkung bei internen Leiden gehe ich nicht näher ein. Äußerlich sah Verfasser gute Wirkungen bei Analfissur, Herpes Zoster (Beseitigung der neuralgischen Schmerzen in einigen Minuten!), Prurigo, Phlegmone, Ulcerationen, Furunkeln, Karbunkeln. Nur bei Ulcus cruris war der Erfolg nicht immer ein gleichmäßig guter; oft brachte das Naftalan großen Nutzen, oft wurde es auch absolut nicht vertragen. (Die zahlreichen Naftalanberichte, die nicht immer von der nötigen Skepsis zeugten, werden nun wohl versiegen, da das Präparat vom Weltmarkt wieder verschwunden ist; die Fabrik liefert es nicht. D. Ref.)

Jessner-Königsberg i. Pr.

Zur Anwendung von Orthoform, von Wunderlich. (*Münch. med. Wochenschrift.* 1899. No. 40.) Der Verfasser beobachtete im Verlaufe von drei Monaten in vier Fällen von länger dauernder, ununterbrochener Anwendung einer Orthoformsalbe recht unangenehme Wirkungen, und zwar in zwei Fällen die Entstehung einer akuten Dermatitis (Erythem mit Bläschenbildung, bezw. akutes Ekzem) auf und in der Umgebung einer frischen Narbe, in einem Falle die Umwandlung eines kranken Ekzems in ein stark nässendes Bläschenekzem mit Lymphangitis und Schwellung der benachbarten Drüsen, endlich in einem Falle durch Applikation der Salbe auf ein Ulcus cruris varicosum die Bildung einer feuchten Gangrän. — Bei kurzdauernder Anwendung der Orthoformsalbe, sowie bei Verwendung von Orthoformpulver sah der Ver-

fasser niemals eine derartige Störung auftreten. Dafs die üble Wirkung in diesen vier Fällen auf Idiosynkrasie oder auf ein schlechtes Präparat zurückzuführen wäre, kann der Verfasser nicht glauben. Die Ursache mufs vielmehr im Mittel selbst liegen; möglicherweise wirkt dasselbe zu intensiv auf die Gefäfsnerven ein, so dafs diese ihren regulatorischen Einfluſs auf die Gefäfse völlig verlieren und so die üblen Nebenwirkungen direkt bewirken. *Götz-München.*

In der Pariser Société médicale des Hopitaux (*Journ. d. Praticiens.* 1899. No. 48) besprach Gaucher einen Fall von **Quecksilberintoxikation mit tötlichem Ausgang nach Injektionen von Kalomel.** Gaucher fand bei einem 50jährigen Manne, der vier Monate vorher wegen einer anscheinend syphilitischen Paraplegie vier Injektionen à 0,05 Kalomel erhalten hatte, folgendes Krankheitsbild: Schwerer Allgemeinzustand, hochgradige Apathie, fadenförmiger Puls, allgemeines Hauterythem, Diarrhoe, Erbrechen, Zunge und Zahnfleisch geschwollen und stark belegt, Salivation, Leib nicht druckempfindlich, Urin spärlich, nicht eiweifshaltig. Der Kranke starb zwei Tage nach Aufnahme dieses Befundes. Es handelte sich zweifellos um eine Quecksilberintoxikation. Die unlöslichen Quecksilbersalze können, in die Gewebe eingespritzt, sich einkapseln und so lange Zeit unverändert liegen bleiben, um dann mit einem Male in Lösung überzugehen; deshalb sind zu Einspritzungen statt der wohl wirksamen, aber gefährlichen unlöslichen Hg-Salze die löslichen zu verwenden.

In der Diskussion über diesen Vortrag behauptet Merklen, dafs der Fall nur tödlich verlaufen ist, weil es sich um einen paraplegischen Kranken gehandelt hat, dessen Organe nicht widerstandsfähig waren; man mufs, bevor Injektionen vorgenommen werden, stets die inneren Organe genau untersuchen. Der gleichen Ansicht ist Balzer; er weist überdies daraufhin, dafs man beim Auftreten von Intoxikationserscheinungen sofort die Knoten, welche das nicht resorbierte Hg einschliefsen, incidieren und das Quecksilber durch Kurrettage entfernen mufs. Rendu empfiehlt an Stelle der Kalomelinjektionen Injektionen von Oleum Hydrargyri bijodati (1 : 500); dieselben sind ungefährlich und sehr wirksam. Joffroy betont, dafs der Allgemeinzustand des Patienten bei der Dosierung des Hg wie jedes anderen Giftes in erster Linie berücksichtigt werden mufs. Bei kachektischen Patienten, Nierenkranken, beim Bestehen einer Alkohol- oder Bleivergiftung etc. kann schon eine ganz geringe Giftdosis schwere Intoxikationserscheinungen hervorrufen. *Götz-München.*

Das Resorbinquecksilber, ein Ersatzmittel der grauen Salbe, von James Silberstein. (*Wien. med. Wochenschr.* 1900. No. 8.) Eine aus der Neumannschen Klinik stammende, warme Empfehlung des Resorbinquecksilbers zu Inunktionskuren. Die Einreibungszeit ist eine kürzere, da das Präparat leicht eindringt, der Geruch ein angenehmerer, die Wirkung eine prompte. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über Sanatogen, besonders bei Syphilis- und Quecksilber-Kachexie, von Paul Richter. (*Dtsch. Med.-Ztg.* 1899. No. 61.) Verfasser erprobte in fünf Fällen von syphilitischer bezw. merkurieller Kachexie das Sanatogen (im Ganzen wurden 300—500 g von dem einzelnen Patienten verbraucht) als ein vorzügliches Kräftigungsmittel. *I. Bloch-Berlin.*

Versuche mit Thiolum liquidum bei einigen Hautkrankheiten, von A. Jordan. (*St. Petersb. med. Wochenschr.* 1899. No. 32.) Verfasser bestätigt die Angaben der Autoren, nach denen sich das Thiolum liquidum bei akuten, juckenden, mit Rötung und Nässen einhergehenden Hautausschlägen (Eccema acutum, Erythema, Combustio, Erysipel) bewährt und daher Beachtung verdient. *I. Bloch-Berlin.*

Erfahrungen mit Vasogenpräparaten, von SUCHANNEK-Zürich. (*Therapeut. Monatsh.* Juli 1899.) In Anbetracht der Unbeständigkeit der verschiedenen Vaselinpräparate, die zudem manchmal Giftstoffe enthalten, wandte sich S., nachdem eine Reihe zuverlässiger Forscher die Ungiftigkeit, Reizlosigkeit und Resorbierbarkeit des reinen Vasogens erprobt hatten, demselben ebenfalls zu und fand es als eine der besten Salbengrundlagen, ebenso wie die Versuche mit den flüssigen zusammengesetzten Vasogenen die früheren günstigen Erfahrungen bestätigen; bedauerlich findet S. nur den hohen Preis der Präparate. Jodvasogen wandte er 6% bei Strumen äufserlich (dreimal täglich circa ½ bis 1 Theelöffel) und innerlich (5—30 Tropfen pro die) an; bei konsequentem Gebrauche seien weiche parenchymatöse Kröpfe auffallend schnell kleiner geworden. Tertiäre Lues wurde wie durch grofse Dosen Jodkalium beeinflufst, nicht ulcerierte Schleimhautgummata resorbierten sich, ulcerierte heilten schnell. Als Pinselflüssigkeit bei trockener atrophischer Rachenschleimhaut statt der bekannten Jod-Jodkaliumglycerinmischung wurde Jodvasogen mit Erfolg verwandt. Mentholvasogen wurde bei juckenden Dermatosen mit Nutzen gebraucht und bei der Nachbehandlung incidierter und ausgekratzter Furunkel an Stelle des Jodoforms, wenn dasselbe schlecht vertragen wurde. Jodoform — Jod — und Ichthyolvasogen wurde abwechselnd bei Ozaena mit demselben Erfolg wie andere ölige Medikamente, Jodoformvasogen (6%ige) bei chronischer Otitis, verbunden mit Caries und zur Heilung tuberkulöser Drüsen oder Fistelgänge verwendet. Guajacolvasogen diente zur Nachbehandlung bereits chirurgisch behandelter Nasenschleimhautlupus-Fälle (stundenlang oder Tag über damit getränkte Watte auf die Stellen aufgetragen), wobei Recidive sich verzögern sollen. *Stern-München.*

Über Zinkoxyd-, Stärke-, Resorcin-Paste, von SCHNEIDER und BECKER. (*Pharmac. Centralh.* 1900. No. 2.) Um die Ursache der Blaufärbung von Zinkoxyd-, Stärke-, Resorcin-Pasten zu konstatieren, haben die Verfasser Versuche angestellt, welche ergaben, dafs Ammoniak die Ursache dieser Färbung ist. Man mufs daher Ammoniakdämpfe diesen Pasten fernhalten. *A. Strauſs-Barmen.*

Angioneurosen.

Zur Ätiologie der Ödeme, von VEHMEYER. (*Medico.* 1900. No. 1.) „Bleiche" Ödeme ohne Albuminurie, oft vereint mit Strumabildung hält Verfasser für ein Zeichen einer Chlorose, auch wenn sonst keine deutlichen Symptome einer solchen vorhanden sind. Die Ödeme sind nicht hochgradig, aber universell, am deutlichsten am Handrücken und im Gesicht ausgeprägt. Eisentherapie beseitigt sie prompt.
Jessner-Königsberg i. Pr.

Akutes umschriebenes Hautödem, von DONAN. (*Brit. med. Journ.* 20. Mai 1899.) Eine junge Dame bemerkte eines Tages zuerst eine kleine Schwellung auf der Wange nahe dem Mundwinkel. Die Schwellung nahm rapide zu, und in 2—3 Stunden war das Gesicht, besonders aber Wangen und Lippen, stark geschwollen. Auch die Zunge, die Uvula waren vergröfsert, die Tonsillen konnten überhaupt nicht gesehen werden. Der Urin war eiweifsfrei. Die Patientin fühlte sich schwindelig, am nächsten Tage dagegen wieder vollkommen wohl. Nur die Augenlider zeigten noch nicht ihr normales Aussehen. Die Patientin hatte schon früher zwei ähnliche Attacken gehabt, die sie auf Verdauungsstörungen zurückführte. *C. Berliner-Aachen.*

Urticaria hervorgerufen durch Gerüche, von JOAL. (*Brit. med. Journ.* 14. Oktober 1899.) Der Verfasser berichtet über einige eigentümliche Fälle, bei

denen gewisse Gerüche Urticariaeruptionen hervorriefen. Bei dem einen waren es Gewürze, bei dem anderen Jodoform, beim dritten Parfums verschiedener Pflanzen, deren Gerüche das Aufschiefsen von Urticariaquaddeln zur Folge hatten.

C. Berliner-Aachen.

Urticaria factitia, von M. Biggs. (*Brit. med. Journ.* 4. März 1899.) Der Verfasser berichtet über einen früher stets gesunden Athleten, der eines Tages ohne sichtbare Ursache Urticaria bekam und seit der Zeit eine ausgesprochen dermographische Haut besitzt. An jeder beliebigen Hautstelle kann man mit einem stumpfen Instrumente Quaddeln und erhabene Linien hervorrufen, die innerhalb fünf Minuten das Maximum ihrer Ausbildung erreichen und nach Verlauf einer Stunde wieder verschwunden sind. Jucken oder sonstige subjektive Erscheinungen verursachen solche artifiziellen Quaddeln nicht. *C. Berliner-Aachen.*

Beitrag zur Kenntnis der scharlachähnlichen Influenzaexantheme, von Bruno Sellner. (*Prager med. Wochenschr.* 1899. No. 50.) Die Diagnose des Scharlach ist nicht immer leicht, da scharlachähnliche Exantheme häufiger vorkommen, so bei Verdauungsstörungen, nach Chinineinnahme, Injektion von Diphtherieserum, bei manchen Infektionskrankheiten, wie Gelenkrheumatismus, Sepsis, Influenza. Zwei Fälle letzterer Art beschreibt der Verfasser; die Diagnose wurde dadurch erleichtert, dafs die Erkrankungen in die Zeit einer herrschenden Influenzaepidemie fielen.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Influenza begleitet von einem urticariaähnlichen Ausschlage und Desquamation, die Scharlachfieber vortäuschte, von H. N. Hardy. (*Brit. med. Journ.* 9. Dez. 1899.) Der Patient, ein Polizeiinspektor, wurde vom Verfasser zum ersten Male am 4. September 1899 gesehen. Sein Gesicht hatte das Aussehen eines „gekochten Hummers", Arme und Hände waren von einem urticariaähnlichen Ausschlage befallen. Der letztere war in wenigen Tagen verschwunden, während Patient gleichzeitig einen Influenzaanfall bekam. Etwa drei Wochen nach Beginn der Erkrankung stellte sich Desquamation der Hände ein. Eines der Kinder des Patienten war angeblich an Scharlachfieber erkrankt, ebenso zwei Kinder, die in derselben Strafse wohnten. Im Hospital jedoch, wohin die letzteren gebracht worden waren, wurde Influenza mit einem Ausschlage diagnostiziert, wie ihn der Polizeiinspektor gehabt hatte.

C. Berliner-Aachen.

Nervenläsionen bei der Pellagra, von Babes und Sion. (*La Roumanie méd.* 1899. No. 4.) Die Pellagra ist eine in Rumänien sehr verbreitete Krankheit und wird vom Verfasser entschieden mit der Ernährung (Mais) in Zusammenhang gebracht, trotz der gegenteiligen Ansicht anderer Autoren. Was das erythematöse Stadium anbelangt, das offenbar die Folge einer trophoneurotischen Störung darstellt, so findet man, dafs sich dasselbe histologisch durch eine Ansammlung von seröser Flüssigkeit mit wenigen Leukocyten und homogenen und metachromatischen Fragmenten zu erkennen giebt. Die Knäueldrüsen sind besonders reich an Zellen und enthalten zahlreiche metachromatische Granulationen. Die feinen Nervenendigungen zeigen weiter keine Veränderungen als eine Imbition der Bündel durch eine homogene schwer färbbare Masse und eine Abnahme der Myelinfasern. In der Periode der Verdickung mit Pigmentation und Desquamation der Haut sind die Läsionen schwererer Art: Das in Proliferation begriffene Epithel weist mehrere Schichten auf, die sich aus einer dichteren oder aber im Gegenteil lockeren Substanz zusammensetzen; die tieferen Lagen enthalten viel gelbes Pigment. Die Papillarfortsätze sind verdickt und weisen eine starke Zellenproliferation auf; die Zahl der Knäueldrüsen ist vermehrt; die Talgdrüsen sind erweitert und enthalten öfters zahlreiche Kolonien von sehr dünnen

Diplobacillen; sie sind von einem an endothelialen und Plasmazellen reichen Granulationsgewebe umgeben. Die Hautverdickung kommt dadurch zu stande, dafs sich ein eigenartiges Gewebe zwischen die autochthonen Elemente lagert, welche aus groben, hyalinen, geschlängelten, brüchigen Bündeln besteht, die wahrscheinlich weiter nichts darstellen, als das Resultat einer Degeneration des elastischen Gewebes oder des Exsudates. Dieses Gewebe enthält auch zahlreiche kurze und dicke Stäbchen, die sich stellenweise zu zweien anordnen und wie Bakterien aussehen, sich aber nur schwach mit Anilinfarben kolorieren. Es handelt sich also um einen irritativen und exsudativen Prozefs, der sich im Beginn gar nicht von den Erythemen unterscheidet, die man bei gewissen prädisponierten Individuen nach dem Genusse gewisser Nahrungssubstanzen antrifft, der aber nach und nach in einen chronischen sklerosierenden Prozefs übergeht, welcher die Funktion der Haut in bedeutendem Grade beeinträchtigt.

Im centralen Nervensystem (hintere Rückenmarkswurzeln) wurden in einzelnen Fällen schwere Läsionen konstatiert. *C. Müller-Genf.*

Zur Untersuchung der Roseolen auf Typhusbacillen, von Curschmann. (*Münch. med. Wochenschr.* 1899. No. 48.) Angeregt durch eine Arbeit Neufelds (*Zeitschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh.* Bd. 30, S. 498 ff.) der bei 14 Typhusfällen dreizehnmal in den Roseolen Typhusbacillen nachweisen konnte, hat der Verfasser bei 20 Typhusfällen Roseolen bakteriologisch untersucht und in 14 Fällen ein positives Resultat erhalten. Bei diesen Untersuchungen wurde nach Neufelds Vorschriften etwas aus der Gewebssubstanz der Roseola, bevor aus der Einschnittstelle ein Blutstropfen quillt, und dann auch das austretende Blut selbst auf flüssigen Nährboden (Bouillon) übertragen. Die wirklichen Roseolen enthalten den Ergebnissen dieser Untersuchung zufolge ungemein häufig, in gewissen Stadien vielleicht regelmäfsig Typhusbacillen. Das ist theoretisch wichtig, weil dadurch bewiesen ist, dafs die Roseola typhosa ein spezifisches, von der Anwesenheit des Ebberthschen Bacillus abhängiges Gebilde ist. Die praktische Bedeutung liegt darin, dafs die Roseolenuntersuchung in Zukunft zu den wertvollsten Hülfsmitteln der Diagnose, insbesondere auch in den Fällen von Typhus levissimus, abortivus zu rechnen sein wird.

Götz-München.

Ein Fall von Raynaudscher Krankheit mit tötlichem Ende, von William H. Dukeman - Los Angeles, Cal. (*Med. News.* 18. Nov. 1899.) Die Patientin, eine 56jährige Frau, welche sieben Jahre vorher in die Menopause eingetreten und die Mutter dreier gesunder Kinder war, wurde infolge einer Indigestion im Verlaufe von drei Monaten immer schwächer, bis sie völlig an das Bett gefesselt war. Genaue objektive Untersuchung ergab nur, dafs der Ringfinger geschwollen und bis zum zweiten Gelenk cyanotisch war; er schien kalt und trocken, gegen Nadelstich unempfindlich, am nächsten Tage wurden vier symmetrische cyanotische Stellen an der rechten Wade gefunden. Nach zwei Wochen kam es zu ausgeprägter Gangrän am Finger, die letztgenannten Spuren von Cyanose waren verschwunden. Der Allgemeinzustand der Patientin wurde besser, jedoch nur vorübergehend, bis plötzlich eine Hemiplegie der rechten Seite mit Aphasie eintrat; die Gangrän des rechten Ringfingers nahm zu, Patientin wurde immer schlechter, verfiel in tiefes Coma und starb drei Tage später. Autopsie wurde nicht gemacht, D. glaubt jedoch, dafs es sich in dem vorliegenden Falle um eine Erkrankung des Centralnervensystems handele und zwar in viel gröfserer Ausdehnung, als dafs eine neurovaskuläre Störung allein hätte entstehen können. Die Pathologie dieser Affektion ist auch mit diesem Falle noch nicht aufgeklärt und die Frage mufs noch immer offen bleiben, ob sie eine reine Gefäfserkrankung, oder nervösen oder vasomotorischen Ursprungs oder, wie schliefslich

viele glauben, kein selbstständiges Leiden ist. Erythromelalgie scheint jedoch D. nicht ein weniger vorgerückteres Studium der Raynaudschen Krankheit, sondern von derselben ganz verschieden zu sein. *Stern-München.*

Raynaudsche Krankheit und Trauma, von M. Brasch. (*Berl. klin. Wochenschrift.* 1899. No. 36.) Der 42jährige Patient war in seinem Berufe als Fraiser oder Stanzer häufigen Fingerverletzungen seit 15 Jahren ausgesetzt. Er erlitt deren im ganzen 34, sodafs die Nagelglieder seiner Hände von Narben durchzogen und verkrümmt sich darstellen, die Nägel verbildet oder defekt sind. Erst seit drei Jahren sind die Finger von der Raynaudschen Krankheit befallen (Symptom der „toten Finger") und der Patient giebt an, dafs das Leiden sich nach jeder Verletzung in immer steigendem Mafse verschlimmert habe und besonders nach dem letzten Trauma. Der Vortragende hält den Fall für wichtig in Beziehung auf die noch immer unbekannte Ätiologie der Raynaudschen Krankheit. *I. Bloch-Berlin.*

Ein Fall von Akromegalie kompliziert durch Erscheinungen der Raynaudschen Krankheit, von Boettiger. (*Münch. med. Wochenschr.* 1899. No. 51.) Der Verfasser beobachtete bei einem Falle von Akromegalie, der sich in Vergrößerung des Kopfumfanges und der Länge der Ohrmuscheln, Verdickung der Nase, Dickenzunahme der rechten oberen Extremität in allen ihren Teilen, sowie der linken Hand äufserte, Symptome der Raynaudschen Krankheit: die Finger und Hände waren bis oberhalb des Handgelenks blauschwarz verfärbt, fühlten sich feucht und kühl an und wiesen einzelne ziegelrote und unregelmäfsig konturierte Flecken auf. Die Tastempfindung an den Händen war normal, die Schmerzempfindung nur dann, wenn mit der Nadel tief eingestochen wurde, die Temperaturempfindung war quantitativ erheblich herabgesetzt. Die faradocutane Schmerzempfindung war an den Fingern erloschen, am Handrücken herabgesetzt. Motilität und Reflexe waren normal. Das Zusammentreffen dieser beiden seltenen Erkrankungen ist schon mehrfach beobachtet, wenn auch nicht richtig gedeutet worden (Erythromelalgie nach Louza-Leite). — Der Raynaudschen Krankheit liegt, wie übereinstimmend angenommen wird, eine toxische Ursache zu Grunde. Nach Ansicht des Verfassers ist auch die Akromegalie die Folge einer Vergiftung des Körpers, wahrscheinlich durch Leukomaine, deren Wirkung sich zuerst an den Körperenden äufsert. Durch diese Leukomaine wird die Hypophysis zur Bildung von Gegengiften gereizt, diese Hyperfunktion führt zur Hypertrophie derselben. Dadurch wird die Wirkung der Leukomaine temporär paralysiert, die Erscheinungen der Akromegalie gehen ganz oder teilweise zurück. Nun sind aber der Hyperplasie der Hypophysis enge natürliche Grenzen gezogen; schliefslich verursacht der gesteigerte intracranielle Druck Entartungen in ihr und dadurch eine erhebliche Einschränkung ihrer antitoxischen Thätigkeit; jetzt können die Leukocyten ihre Wirkung ungehindert entfalten. — Die von dem Verfasser in dem erwähnten Falle angewandte Therapie (Verabreichung von Jod in gröfseren Dosen mehrere Monate hindurch, leichte hydrotherapeutische Prozeduren, Verabreichung einer vorwiegend vegetabilischen Diät, periphere Faradisation, centrale Galvanisation) hatte eine ganz bedeutende Besserung aller bestehenden Symptome zur Folge.
Götz-München.

Raynaudsche Krankheit: die heilbaren und die unheilbaren Fälle, von Liégois. (*Journ. d. Praticiens.* 1899. No. 36.) Die Raynaudsche Krankheit tritt mit Vorliebe bei Frauen auf, bei denen sich infolge vorausgegangener oder bestehender Krankheiten, wie akuter fieberhafter Krankheiten, Gelenkrheumatismus, Gicht, Diabetes, Epilepsie, eine abnorme Reizbarkeit des Nervensystems eingestellt hat. Der

symmetrische Spasmus in den Arterien der peripheren Enden der Extremitäten, wie er bei der Raynaudschen Krankheit besteht, ist hervorgerufen durch Hyperästhesie der vasomotorischen Centren des Rückenmarks im Niveau der auf Druck schmerzhaften Cervikal- oder oberen Dorsal- oder unteren Lumbalwirbel. Um das Nervensystem zu beruhigen und die Arterienspannung herabzusetzen, verabreicht der Verfasser Chininum sulfuricum und zwar drei Tage hintereinander je 1 g in zwei Dosen; dann wird drei Tage mit der Medikation ausgesetzt. In diesem Turnus sollen 15 bis 20 g Chinin verbraucht werden. Aufserdem wird vier- bis fünfmal ein fliegendes Blasenpflaster auf die hyperästhetischen Stellen der Wirbelsäule aufgelegt, und auf dieselben täglich 10—15 Minuten lang der konstante Strom appliziert. In den hierher gehörigen Fällen kommt es, soweit es sich nicht um Diabetiker handelt, selten zur Blasenbildung oder Gangrän. — In einer zweiten Gruppe von Fällen ist die prädisponierende Ursache des arteriellen Spasmus lediglich eine idiosynkrasische Empfindlichkeit der Haut gegen thermische Reize; diese Fälle, die ebenfalls zumeist ohne Gangränescierung verlaufen, erfordern neben Verabreichung von Chinin Applikation des konstanten Stromes auf die ischämischen Stellen, Einreibungen mit stimulierenden Mitteln und Heifsluftbäder. — Eine weitere prädisponierende Ursache der Raynaudschen Krankheit ist die Arteriosklerose; auch diese Fälle verlaufen günstig. Bei dieser Kategorie wird empfohlen Nitroglycerin (in Form subcutaner Injektionen zu 0,006—0,012), Intranitrol (dreimal täglich 0,01—0,02), Jodothyrin (zweimal täglich 0,25, um 0,25 pro die steigend bis zu 5,0 täglich), dann Jod in Verbindung mit strenger Milchdiät. — Die bei Raynaudscher Krankheit beobachteten Todesfälle waren verursacht durch Arterien- und Nervenentzündungen in den Extremitäten, bei einem tötlich verlaufenen Falle, bei dem eine ausgedehnte Gangrän aufgetreten war, fand sich ein die hinteren Wurzeln des Rückenmarks komprimierendes Sarkom. Ferner wurden zwei Todesfälle bei Kindern beobachtet, die von syphilitischen Eltern abstammten. *Götz-München.*

Clément stellt in der Nationalen medizinischen Gesellschaft von Lyon ein Mädchen mit **Raynaudscher Krankheit** vor, das seit dem 16. Jahre an Chlorose litt. Die Affektion hatte mit Eingeschlafensein und Kribbeln in den Fingern begonnen, worauf symmetrische Cyanose und Gangrän folgte. Weder Zucker noch Eiweifs im Harne.

Bei dieser Gelegenheit erwähnt Renaut eines Falles derselben Art, welcher ein 33jähriges Mädchen betrifft, das bei einem Eisenbahnzusammenstofs eine heftige Erschütterung erfahren hatte, jedoch ohne alle Verletzung davongekommen war; sofort zeigte sich bei ihr ein heftiges Zittern, das ca. eine Woche anhielt. Sodann entstand in den Fingern ein nadelstichartiger Schmerz mit Kältegefühl in den Händen und Füfsen. Dann sah man Cyanose der Extremitäten mit Ödem an einzelnen Stellen und schwarzen Flecken entstehen. Der Harn enthielt Eiweifs und Blut. Kein Fieber, aber ein beständiges Gefühl gewaltiger Angst. Die Patientin heilte sehr gut unter der Anwendung von Arsenik und Brom, sowie von warmen Bädern. R. meint, dafs es sich um eine nervöse Wirkung gehandelt habe, die einen Spasmus der kleinen peripheren und Nierengefäfse verursachte.

Rafin beschreibt einen Fall von **Blasentumor**, der nur mit Hülfe des Cystoskops auf seinen Sitz diagnostiziert werden konnte. (*Lyon med.* 1900. No. 6.)
C. Müller-Genf.

Die Behandlung der Hämophilie, von J. B. Siddal. (*Brit. med. Journ.* 4. März 1899.) Der Verfasser hat dem Vorschlage von John Simon in drei Fällen von Hämophilie, bei denen Kompression und die Verordnung von Tonicis innerlich

zu keinem Resultate geführt hatte, dreimal täglich 20 Tropfen von Acidum sulfuricum dilutum auf 30 g Wasser einzunehmen verordnet und rasch einen guten Erfolg erzielt. Auch in mehreren Fällen von Epistaxis bewährte sich das Mittel.

C. Berliner-Aachen.

Gelatin als Hämostaticum, Mitteilung eines damit behandelten Falles von Hämophilie, Heilung, von J. B. Nichols-Washington. (*Med. News.* 2. Dez. 1899.) Der blutstillende Einfluſs der Gelatine wurde zuerst von französischen Autoren im Jahre 1896 bekannt gemacht und weiterhin waren es auch hauptsächlich französische Ärzte, welche das Gelatin innerlich oder äuſserlich zur Blutstillung anwandten (bei Aneurysmen, Hämorrhagien der Lungen, des Magens u. s. w.). Lokal wird Gelatine in 5—10%iger Lösung gebraucht mit 6—1% Calcium- oder Natriumchlorid in 100 Teilen Wasser; diese Lösung kann bei 100° C. sterilisiert werden. N. führt nach genauer Beschreibung der Methode und deren Entwickelung einen schweren Fall von Hämophilie an, bei welchen eine profuse Blutung infolge einer Verletzung sogleich auf den Gelatineverband hin aufhörte. Der 24jährige Patient, Milchmann, hatte sich an seinem rechten Handgelenk zwei 4 resp. 6 cm lange Wunden an einem zerbrochenen Glase beigebracht; diese bluteten sehr heftig und zwar sieben Tage lang immer von neuem trotz Ligatur und aller chirurgischen Hülfsmittel, sodaſs des Patienten Verband, Kleider und Betten immer von Blut durchtränkt waren. Schlieſslich wurde eine 10%ige zu Kulturzwecken angefertigte sterile Gelatinelösung in die Wunden gebracht, darüber Jodoformgaze und Verband; innerlich Ergotin gegeben, dreimal täglich ein Theelöffel voll vom Fluidextrakt; es trat nun keine Blutung mehr ein und der schon völlig erschöpfte Patient erholte sich nach fünf Wochen, wo die Wunden allmählich heilten, völlig. N. steht nicht an, die Gelatine für ernste und selbst verzweifelte Fälle von Hämophilie oder für inoperable Aneurysmen als ein Mittel zu preisen, welches sicher im stande sei, manches, sonst verlorene, Menschenleben zu retten.

Stern-München.

Verschiedenes.

Die 72. Versammlung der deutschen Naturforscher und Ärzte, welche vom 17.—22. September d. J. in Aachen stattfindet, ladet zum Besuche ein und bittet Vorträge und Demonstrationen bis spätestens Ende April bei einem der Unterzeichneten anmelden zu wollen. Die Einführenden: Dr. Frank, Geh. Sanitätsrat, Wilhelmstraſse 101. Dr. Schuster, Aureliusstraſse 10. Die Schriftführer: Dr. Schroeder, Hochstraſse 17. Dr. Berliner, Büchel 58. Dr. Wings, Theaterplatz 7.

Die Kölnische Unfall-Versicherungs-Aktiengesellschaft bittet uns um Aufnahme folgender neuen Klausel: In den Versicherungsvertrag sind alle lokalen oder allgemeinen Infektionskrankheiten, z. B. Blutvergiftung, Syphilis, Tuberkulose, Rotz, Hundswut u. s. w. und deren Folgen eingeschlossen, bei denen der Ansteckungsstoff durch äuſsere Verletzungen (gleichviel in welcher Weise und wann dieselben entstanden sind), also nicht durch die natürlichen Eingangspforten in den Körper gelangt ist. Vorausgesetzt ist, daſs die Ansteckung ohne Willen des Versicherten und auch ohne nachweisbare gröbliche Aufserachtlassung der gebotenen Vorsichts-

maſsregeln seitens der Versicherten erfolgt ist. Jede Infektion, die durch geschlechtlichen Verkehr hervorgerufen wird, ist ausgeschlossen, gleichviel an welchem Körperteil sie auftritt.

Die Anzeige hat unmittelbar zu erfolgen, nachdem der Charakter der Krankheit erkannt worden ist, unter Angabe der eingeschlagenen Behandlung.

Entwickelung und Stand der Händedesinfektion, von Fürbringer. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1899. No. 49.) Verfasser bespricht die in den letzten drei Jahren erschienenen Arbeiten über Händedesinfektion und kommt zu dem Ergebnis, daſs die Alkoholbearbeitung der Hände im Anschluſs an die Heiſswasserseifedesinfektion immer noch das beste bietet; daran ändern auch die Ergebnisse der Alkoholgegner nichts, wie Verfasser an einer Arbeit Königs nachzuweisen sucht, mit dem er eine Verständigung für nicht ganz ausgeschlossen erachtet. *F. Hahn-Bremen.*

Anwesenheit von Arsenik im normalen Organismus, von Gautier. (*Presse méd.* 6. Dez. 1899.) Arsenik findet sich in sehr geringen, aber immerhin wägbaren Dosen im Gehirn und in der Schilddrüse des normalen Menschen, sowie in der Haut und der Thymusdrüse, und zwar in der Form von Arsen-Nuclein. Die geringe Quantität des Arsens, 0,16 mg bei einem Gewicht der Thyreoidea von 21 g, macht zwar nur $^1/_{400\,000\,000}$ des Gesamtkörpergewichts aus, ist aber zum normalen Funktionieren der Drüse unentbehrlich. Schwindet bei Erkrankungen der Arsenik, so erklärt sich daraus der eklatante Nutzen gewisser Arsentherapien. Den Arsengehalt dieser Organe zu erwähnen, sollte nicht auſser Acht gelassen werden, wenn es sich um den Nachweis desselben im Körper nach Arsenkuren handelt. *Hopf-Dresden.*

Fragestellung und Untersuchung bei Geschlechtskranken, von Queyrat-Paris. (*Presse méd.* 25. Nov. 1899.) Aus etymologischen, euphonischen und gesellschaftlichen Rücksichten will der Verfasser zuerst das Wort Venereologie durch Cypridologie ersetzt wissen. Des weiteren giebt der Verfasser eine Reihe nützlicher Winke für den in der „Venereologie" weniger Bewanderten, die sehr geschickt zusammengestellt sind. Herauszuheben ist, daſs der Verfasser bei einem scheinbar weichen Schanker die Anwesenheit des Ducrey-Unnaschen Streptobacillus und das Entstehen eines Impfschankers an anderen Körperstellen nicht für einen Beweis hält, daſs nicht doch noch später eine Indikation eintreten kann. „Zugleich mit dem Ulcus molle-Keim kann auch das noch unbekannte Contagium der Syphilis in jedem scheinbar einfach schankrösen Geschwüre anwesend sein." (Chancre mixte.) Interessant ist die Mitteilung, daſs bei den Ordinationen des Verfassers am Hôpital Ricord von den Ärzten Masken mit Augengläsern getragen werden, um Infektionen der Augen, Lippen oder Nase mit spritzenden oder ausgehusteten infektiösen Sekreten zu vermeiden. Ein bekannter Pariser Arzt, der an Paralyse zu Grunde gegangen war, hatte sich seine Syphilis dadurch zugezogen, daſs ihm ein Syphilitiker, den er im Hals pinselte, syphilitisches Expektorat ins Auge gehustet hatte. *Hopf-Dresden.*

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

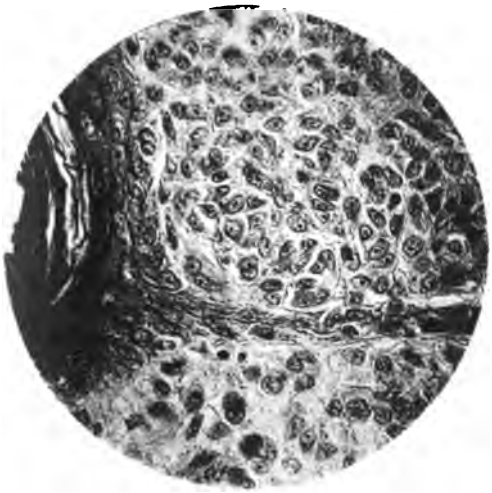


Fig. 3.

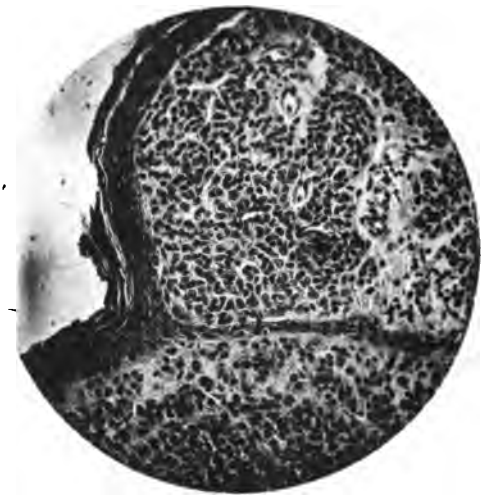


Fig. 4.

Fig 5.

Lith. Anst. Julius Klinkhardt, Leipzig.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XXX. No. 9. 1. Mai 1900.

Über die epitheliale Natur der Naevuszellen.

Von

Prof. Dr. Ch. Audry-Toulouse.

(Mit Tafel II.)

Eine gewisse Zahl Histologen, darunter hervorragende, bestreitet noch immer die epitheliale Natur und die epitheliale Herkunft der subepithelial gelegenen Zellhaufen, welche in den Naevi anzutreffen sind. Ich brauche die Leser der Monatshefte nicht an die Reihe von Arbeiten zu erinnern, welche Unna und seine Schüler über dieses Thema geliefert haben. Was die französische Litteratur betrifft, so beschränke ich mich auf die Arbeit meines ehemaligen Assistenten, des Herrn M. Tailhefer, hinzuweisen; erschienen ist sie in dem *Journ. d. mal. cutan. et syph.* 1897, pag. 129.

Ganz allgemein gesprochen muſs man eingestehen, daſs die Morphologie der Naevuszelle, an einem Material studiert, welches Erwachsenen entstammt, zu Diskussionen und zu verschiedenen Auslegungen Anlaſs giebt. Andererseits ist es meines Erachtens jetzt notwendig, sein Augenmerk zu richten auf alle durch die Fixation verursachten Einwirkungen, und zu betonen, daſs die Alkoholfixation ungenügend ist. In dem vorliegenden Falle sind die Präparate, welche von den in Alkohol fixierten Stücken gewonnen sind, nicht absolut beweisend. Hingegen ist die epitheliale Abkunft der Naevuszellen in den mit Safranin gefärbten Flemming-Präparaten über jeden Zweifel erhaben.

Ich habe geglaubt, daſs das einzige Mittel, um die epitheliale Natur der Naevuszellen einwandsfrei zu beweisen, in der photographischen Wiedergabe der Präparate gegeben sei. Jede Zeichnung giebt zu mehr oder minder starkem Zweifel Anlaſs. Ich habe einen meiner Schüler, Herrn Polin, veranlaſst, die beifolgenden Photographien anzufertigen. Das Stück ist von der Thoraxhaut eines 37jährigen Mannes herausgeschnitten worden, welcher in meine Klinik wegen einer sekundären Syphilis aufgenommen wurde. Der Tumor war angeboren, ein wenig papillär, stark pigmentiert und von dem Umfange eines Einmarkstückes. Ein Stück wurde in

Alkohol, ein anderes in Flemmings Lösung fixiert. Ich füge hinzu, dafs es mehr Mühe gekostet hat, gute Photographien von den Flemming-präparaten zu erhalten, da sie nicht gleichmäfsig ausgefallen und weniger stark gefärbt sind.

Ich brauche der Figur keinen Kommentar anzufügen. Ich beschränke mich auf die Erklärung, dafs die epitheliale Natur der Naevuszellen für mich aufser jedem Zweifel steht. Was den epidermalen Ursprung der Naevuszellen, das Wachstum der Keime im Sinne Cohnheims, angeht, so wie es Unna mit grofser Wahrscheinlichkeit behauptet hat, so ist er nicht in die Augen springend; aber man weifs, dafs die Verbindungen der Abkömmlinge mit ihrem epithelialem Mutterboden beim Erwachsenen nur sehr schwierig aufzufinden sind. Indessen kann man in einzelnen Punkten Bilder gewinnen, welche sehr zu Gunsten der Unnaschen Hypothese sprechen.

(Übersetzt von Ernst Delbanco-Hamburg.)

Maculae atrophicae bei einem Syphilitiker.

(Mitgeteilt in der mediz.-chir. Vereinigung von Parma am 2. März 1900.)

Von

Prof. V. Mibelli-Parma.

Krankengeschichte. N. C., 49 Jahre alt, ledig, Hausierer, von Parma, wurde im Ambulatorium meiner Klinik am 31. März 1895 untersucht und machte damals folgende anamnestische Angaben: Syphilitische Infektion im Sommer 1891, mit Initialsklerose am Meatus urinarius; diffuses maculo-papulöses Exanthem; Condylomata lata in der Umgebung des Anus, Plaques muqueuses im Munde, Lymphadenitiden im Nacken, heftige und anhaltende Kopfschmerzen; dieser Symptomenkomplex fällt in das erste Jahr der Erkrankung. Fleifsige und kontinuierliche Behandlung mit hypodermalen Sublimatinjektionen während der Jahre 1891, 1892 und eines Teils von 1893 (der Patient schätzt die Zahl der vorgenommenen Injektionen auf 280). Nach dem Verschwinden des Exanthems im Verlaufe der ersten zwei Monate der Behandlung bestanden Adenopathien, Plaques muqueuses und die Kopfschmerzen noch am Ende des zweiten Jahres, nachdem man mit den Injektionen bereits aufgehört hatte. Nachher wurden während einer gewissen Zeit noch Quecksilberpräparate in Pillenform gegeben und aufserdem Jodkalium.

Am 27. März 1895 untersuchte ich den Patienten zum ersten Mal. Er klagte damals über Schmerzen im Kopfe, im Halse, über rheumatische Schmerzen in Gelenken und Muskeln; ferner konstatierte ich bei ihm einen Herpes progenitalis und eine leichte narbige Striktur am Meatus urinarius externus. Es bestand zur Zeit keine Hauteruption, ebensowenig Spuren von früheren. Der Patient stellte sich noch weitere zwei Mal, zuletzt am 30. Mai 1895. Dann sah ich ihn bis zum 30. April 1899 nicht mehr.

Status praesens am 30. IV. 1899: Individuum von kleiner Statur — 160 cm —, verhältnismäfsig wenig entwickelt, schmächtig; Haut weifs und dünn, Paniculus adiposus wenig entwickelt; Haare kastanienbraun; Bart, Schnurrbart und Augenbrauen blond; Iris hell. In der rechten Deltoidgegend zeigt sich eine Plaque einfacher tuberöser Syphilide von verschiedener Gröfse; einzelne derselben sind isoliert, andere konfluieren in charakteristischer Weise; auf dem übrigen Körper findet sich nichts derartiges. Auf dem Halse, dessen Haut eine bronzeartige Färbung zeigt, konstatiert man hauptsächlich auf den seitlichen und hinteren Partien einzelne chromatische, unregelmäfsig verteilte Flecken, von dem charakteristischen Aussehen des Leukoderma syphiliticum. Auf dem Rumpfe und an den Oberarmen sind dieselben achromatischen Maculae vertreten, die aber die besonderen Kennzeichen der „Leuco-atrophie cutanée" von Fournier aufweisen. Diese Maculae stechen leicht von der umliegenden, wie bereits bemerkt, ziemlich weifsen Haut ab durch ihr weifseres, glänzendes Aussehen, das mit demjenigen alter Narben zu vergleichen ist; ihre Konturen sind scharf und ohne hyperpigmentierten Hof. Einige sind von der Gröfse einer Linse oder noch kleiner, andere gröfser, von ovaler Form und erreichen einen maximalen Durchmesser von 2 : 1 cm. Die gröfsten sind an den seitlichen Partien des Thorax gelegen, mit dem Längsdurchmesser in der Richtung der Langerschen Linien. Stellenweise sieht man, besonders auf dem Rücken, derartige Flecken, welche über das umgebende Hautniveau hervorragen; andere sind flach oder etwas eingesunken. Auf ihrer Oberfläche sieht man einige Talg- und Knäueldrüsenausführungsgänge. Zieht man in passender Weise an der Haut, so wird die Oberfläche der Flecken glatt und gleichförmig und die Drüsenausführungsgänge erscheinen weiter voneinander entfernt als auf der gesunden Umgebung, besonders im Centrum der Maculae. Läfst man mit dem Zuge nach, so erscheint die Oberfläche wie geschrumpft, von ganz feinen linienförmigen Furchen durchzogen, die sich jedoch nur auf die oberflächlichen Hautschichten zu beziehen scheinen. Unter dem Einflusse der Kälte (während sich in den gesunden Partien das Phänomen der Gänsehaut zeigt) schrumpfen die Flecken noch mehr zusammen, ohne dafs man erkennen kann, ob sich die in den Furchen befindlichen Talgdrüsenausführungsgänge einzeln erheben.

Hebt man einzelne dieser Flecken in einer Falte zwischen den Fingern auf, so bemerkt man, dafs das Gewebe nachgiebiger ist als in den gesunden Partien; die Hautschichten sind etwas verdünnt und eingesunken. Diese Flecken sind in ganz unregelmäfsiger Weise über den ganzen Rücken verteilt, besonders zwischen den Schulterblättern und auf den seitlichen Thoraxpartien. Man findet sie aber auch recht zahlreich in der Lendengegend, auf dem Bauche, der Brust, in der Nähe der Achselhöhlenfalten und auf den Armen. Subjektive Erscheinungen fehlen; die Sensibilität ist sowohl über den Flecken als überall anders normal.

Der Patient hatte selbst keine Ahnung von dem Bestehen der beschriebenen Erscheinungen. Vom Monat Mai 1895 an war er stets gesund gewesen und in der Überzeugung, von seiner Syphilis vollständig geheilt zu sein, hatte er jede Behandlung unterbrochen. Im Beginne des Jahres 1898 sah er auf der rechten Halsseite eine rote kreisförmige, leicht erhabene, schmerzlose Plaque von der Gröfse eines Centesimo auftreten, welche langsam an Umfang zunahm und schliefslich den Durchmesser eines Lirastückes erreichte; dann verschwand sie ohne jede Behandlung. Einige Monate später bemerkte er weitere, dem eben beschriebenen ganz ähnliche Flecken auf der rechten Deltoidgegend; diese letzteren sind niemals mehr vollständig verschwunden; sie haben sich nämlich teilweise aufgelöst, sind aber an benachbarten Punkten oder auch an der nämlichen Stelle wieder aufgetreten, blieben aber stets auf die obere Deltoidregion beschränkt, wo wir sie in der charakteristischen Form gewöhnlicher tuberöser Syphilide konstatiert haben.

Da sich der Patient wegen seines Berufes der vorgeschriebenen Kur nicht unterziehen konnte, bestanden acht Monate später die Efflorescenzen an derselben Stelle noch immer. Später jedoch wichen sie einer Jodkaliumtherapie.

Ich habe den Patienten zu verschiedenen Zeitpunkten öfters untersucht, und zwar während zehn Monaten, habe aber keine Veränderungen im Aussehen der leuko-atrophischen Maculae konstatieren können, sah auch keine neuen auftreten. Der Patient kann auch nicht angeben, wie sie sich in ihrer Entwickelung und Involution verhalten haben, da er, wie gesagt, von ihrer Existenz nichts wufste. Sicherlich entwickelten sie sich nicht aus dem syphilitischen Exanthem, an dem er zwei Monate nach der Infektion gelitten hatte, da sie noch nicht vorhanden waren, als ich ihn das erste Mal, vier Jahre nach dem Auftreten dieses Exanthems, sah. In der Folge hat er auch kein anderes sekundäres Exanthem aufgewiesen; die tuberösen Formen, die sich im achten Jahre entwickelten, haben auch unter meinen Augen keine Flecken zurückgelassen, die den beschriebenen leukoatrophischen Maculae ähnlich sahen. Bei der letzten Vorstellung am 20. Februar 1900 sah man an Stelle der tuberösen Plaques

rosabraune Flecken von unregelmäfsiger Gestalt, mit undeutlichem, verwischtem Rande und narbenähnlichem Centrum.

Behufs histologischer Untersuchung wurden zwei leukoatrophische Plaques aus der rechten Thoraxgegend in der Höhe der sechsten Rippe und aus der rechten hinteren Axillarregion entfernt. Acht Monate später war an Stelle der ersteren eine kleine lineäre, pigmentlose Narbe getreten, während sich am Orte der letzteren ein typisches Keloid entwickelt hatte, von länglicher Gestalt — 1,5—0,7 cm — von rosaroter Farbe, mit glatter Oberfläche, die umgebende Haut merklich überragend und mit kleinen peripheren Ausläufern versehen. Zwei weitere Plaques wurden im Dezember 1899 aus dem Rücken und aus der Brust in der Nähe der Achselfalten entfernt; dieselben liefsen lineäre flache Narben ohne Keloidbildung zurück.

Die bei dem Patienten beobachteten Veränderungen, mit Ausnahme der tuberösen Syphilide, stellen offenbar einen Fall von „partieller Hautatrophie" dar, und zwar eine Form mit kleinen circumskripten Herden, die unter der Bezeichnung von Striae oder Maculae atrophicae bekannt sind.

Bekanntlich zeigen sich diese Veränderungen meist unter der Gestalt von Streifen, die von Wilson, je nach ihrem verschiedenen Ursprunge, als traumatische, neurotische oder idiopathische Striae atrophicae unterschieden worden sind. Die Form mit kreisrunden oder ovalen Maculae ist viel seltener. Der erste Fall der letzteren Art scheint von Wilson im Jahre 1867 beschrieben worden zu sein (1); er betrifft einen 26jährigen Mann, bei dem sich die Erscheinung nach der Involution von syphilitischen Papeln entwickelt hatte. Später wurden dann noch weitere Fälle veröffentlicht, die alle zur Kategorie der partiellen idiopathischen Atrophien gehören. Gegenwärtig steht fest, dafs die „partielle, umschriebene idiopathische Hautatrophie" bald als lineäre (Atrophia linearis, vergetures linéaires von Balzer), bald als kreisrunde oder ovale Plaques auftreten kann (Atrophia maculosa cutis, vergetures arrondies von Balzer, Leuco-atrophie von Fournier); die letztere Form ist besser unter der Bezeichnung von Maculae atrophicae bekannt. Für unseren Fall, bei dem es sich ebenfalls um einen Fall von partieller, circumskripter idiopathischer Hautatrophie handelt, gilt die Bezeichnung: „Maculae atrophicae bei einem Syphilitiker."

Dieser Fall ist einiger Betrachtungen wert, nicht allein wegen seiner Seltenheit, sondern auch wegen der wichtigen Fragen, die sich uns bei der Beurteilung der beschriebenen Veränderungen stellen. So haben wir zu untersuchen: 1. wie diese Veränderungen entstanden und wie sie sich entwickelt haben, 2. ob bei ihrer Entstehung die Syphilis eine Rolle gespielt hat, 3. worin die histologischen Veränderungen der atrophischen

Maculae in der Periode ihrer vollen Entwickelung bestehen, in der ich sie beobachtet habe.

Über die Art der Entwickelung der Veränderungen fehlen mir alle klinischen Anhaltspunkte, da, wie gesagt, der Patient von ihrem Bestehen keine Kenntnis hatte, als ich ihn das erste Mal untersuchte und da sich andererseits keine neuen Flecken bildeten. Es läfst sich demnach weder aus der Anamnese noch aus der direkten Untersuchung feststellen, ob der Bildung der Maculae ein erythemato-papulöses, erythemato-hypertrophisches oder urticariaähnliches Stadium vorangegangen ist, wie dies der Fall war in den Beobachtungen von Liveing (3), Pellizzari (4), von Balzer und Reblaub (8), von Oppenheimer (11), Thibierge (12), Jadassohn (13). Ich kann nur versichern, dafs im Verlaufe von zehn Monaten keine Veränderung der einzelnen Effloreszenzen eingetreten ist, die einer Restitutio ad integrum gleichgesehen hätte. Es kam demnach nicht im entferntesten zur Entwickelung jenes dritten, von Liveing[1] angegebenen Stadiums der Kontraktion oder Obliteration, wo Liveing gesehen haben will, dafs sich die Plaques zusammenziehen und nach und nach verschwinden.

Da es sich um ein syphilitisches Individuum handelt, so fragt man sich natürlich, ob sich die atrophischen Maculae in meinem Falle nach der Involution von Papeln oder anderer Formen eines spezifischen Exanthems entwickelt haben, wie es in den Fällen von Wilson (1), Nivet (5), Balzer (6, 7) und Herscher (16), sowie in sechs Fällen von Fournier der Fall war, welch letzterer die Veränderung als „Leucoatrophie cutanée" bezeichnete. In meinem Falle nun entstanden die atrophischen Flecken sicher nicht nach dem ersten syphilitischen Exanthem, da man nach vier Jahren keine Spur davon bemerkte. Auch in der Folge wurden keine anderen Hauterscheinungen konstatiert als die tuberösen Formen, die sich vor kurzem in der Gegend des Deltoideus zeigten und denen, wenigstens bis jetzt, keine atrophischen Veränderungen folgten, ähnlich denjenigen, wie sie zerstreut auf dem Rücken unserer Patienten vorkommen. Es können deshalb diese atrophischen Maculae nicht als Überbleibsel von syphilitischen Hauteruptionen, als Leukoatrophie im Sinne Fourniers — vergetures postéruptives ou postsyphilitiques von Balzer[2] — aufgefafst werden. Es mufs dagegen daran erinnert werden, dafs sich die beschriebenen Veränderungen bei einem Syphilitiker entwickelt haben, was in Bezug auf die Pathogenese eine gewisse Bedeutung haben könnte.

Bei dieser Gelegenheit mufs bemerkt werden, dafs dieselben atrophischen

---

[1] Dieses Verschwinden wurde jedoch von anderen nicht beobachtet.

[2] Auch Wickam giebt an, ähnliche Läsionen bei verschiedenen Patienten nach papulösen Syphiliden gesehen zu haben. *Annales de Dermatol. et de Syphiligraphie.* 1897, pag. 573.

[3] *Annales.* 1899, pag. 1073.

Flecken bei Syphilitikern von Balzer, Oppenheimer und Danlos beobachtet worden sind, ohne dafs hätte nachgewiesen werden können, dafs sie direkt von syphilitischen Formen abstammten. Übrigens hat man sie öfters spontan im Verlaufe von Ileo-Typhus auftreten gesehen. Bouchard, Bucquoy, Troisier, Shepherd, Ohmann-Dumesnil,[4] Wilks,[5] Jadassohn und andere haben sie bei Tuberkulösen gesehen.

Welche Anhaltspunkte liefert uns nun die histologische Untersuchung zur Beurteilung der anatomischen Bedingungen dieser Veränderungen?

Die verschiedenen Autoren, die sich mit dieser Frage beschäftigt haben, stimmen keineswegs alle miteinander überein. Balzer, der am meisten zum Verständnis der wahren Maculae atrophicae in klinischer Richtung beigetragen, hat niemals eine Biopsie vorgenommen. Indem er aber von den Untersuchungen von Troisier und Menetrier[6] über die Anatomie der Striae — speziell der Striae gravidarum — ausging, nahm er an, dafs es sich auch bei den Maculae atrophicae um eine unvollständige Kontinuitätstrennung im Bindegewebe und der elastischen Schicht der Cutis handle mit Zerrung der Faserbündel ohne vollständige Zerreifsung und definitive narbige Ausheilung. Nach Balzer waren somit die atrophischen Maculae keine Atrophien, sondern „vergetures arrondies", die in einen „dissociierenden" erythemato-papulösen Prozefs ausgehen.

Nach mündlichen Mitteilungen in der französischen Gesellschaft für Dermatologie und Syphiligraphie — 16. Mai 1897 — hat Darier in den atrophischen Maculae Rupturen des elastischen Netzes konstatiert, gleichwie in den wahren Striae; andererseits hat Chibret in einer histologischen Untersuchung des Falles von Danlos Veränderungen gefunden, die sich auf das elastische Netz bezogen. Bei derselben Gelegenheit hat Balzer behauptet, dafs sämtliche Autoren in den Maculae atrophicae dieselben Veränderungen konstatiert haben wie bei den Striae gravidarum. Schlägt man die Litteratur der letzten 20 Jahre nach, so findet man, dafs in Wirklichkeit die einzigen Arbeiten über die Histologie der Maculae atrophicae von Pellizari, Oppenheimer und Jadassohn veröffentlicht worden sind. Die ersteren zwei sagen nichts von Veränderungen in den elastischen Fasern, während Jadassohn, der hierüber am instruktivsten geschrieben hat, Läsionen gefunden hat, die sehr verschieden sind von denen, welche Troisier und Menetrier bei den Striae konstatierten. Die Fälle von Jadassohn stimmen, was das elastische Netz anbelangt, mit den meinigen überein. In Übereinstimmung mit Oppenheimer und Balzer glaubt aber Jadassohn nicht, die Läsionen als eine Atrophie betrachten zu können und schlägt dafür die neue Bezeichnung von „Anetodermia"

[4] *Monatsh. f. prakt. Dermatol.* Bd. VIII, pag. 179, und Bd. XII, pag. 509.
[5] Angeführt von Dumesnil.
[6] *Arch. de Méd. expérimentale* und *Monatsh. f. prakt. Dermatol.* Bd. VIII, pag. 225.

— von ὑ*ανσος* = schlaff — vor, welche offenbar vom klinischen Standpunkte aus genauer ist als die französische nichts bedeutende Benennung von „vergetures arrondies".

Ich lasse nun die Resultate meiner eigenen Untersuchungen folgen:

Die Epidermis erscheint histologisch unverändert. Bei Osmiumpräparaten lassen die senkrecht zur Hautoberfläche geführten Schnitte eine leichte Veränderung in der Architektur der Epidermis erkennen — Unregelmäfsigkeit des Leistensystems — insofern, als die interpapillären Fortsätze verdünnt und undeutlicher sind. Wichtig ist die Thatsache, dafs die Cylinderzellenschicht des Rete Malpighii goldgelbes Pigment führt wie die normale Epidermis.

Auch die papilläre Cutis zeigt keine Veränderungen im Aussehen und in der Textur des kollagenen Grundgewebes. Das retikuläre Derma ist arm an Bindegewebszellen, die meist spindelförmig und sehr verlängert sind. Die kollagenen Fasern sind normal in Bezug auf Aussehen, Verlauf und ihre gegenseitigen Beziehungen. Nur im Centrum der atrophischen Plaques erscheinen sie etwas gewunden und in ihrem Zusammenhange gestört. In Osmiumpräparaten aber sind sie auch an dieser Stelle kompakt und wohl geordnet. Die glatten Muskelfasern — arrectores und freie — sind unverändert und durchziehen, dick und kräftig, das retikuläre Derma in diagonaler Richtung. Auch findet man in den Osmiumpräparaten einzelne myelinhaltige Nervenfasern.

In einigen Knäueldrüsen und Haarbälgen findet man die Veränderungen, die ich weiter unten beschreiben werde. Nichts Abnormes beobachtet man im Unterhautzellgewebe.

Die beiden histologischen Veränderungen, die wir in allen untersuchten Präparaten gefunden haben, sind die folgenden: erstens eine deutliche Verdünnung des elastischen Fasernetzes; zweitens eine sehr ausgesprochene Zelleninfiltration in der Umgebung aller oder doch beinahe aller Blutgefäfse und zwar sowohl der isolierten als derjenigen, welche die Talgdrüsen, die Haarfollikel, die Schweifsdrüsenknäuel und ihre Ausführungsgänge umgeben.

Im Papillarkörper erscheint das elastische Netz auf den ersten Anblick von normalem Aussehen. Wie gewohnt bildet es auch hier ein stark in die Augen fallendes, dichtes Gefüge, das an der Basis der Papillen eine beinahe kontinuierliche horizontale Linie bildet, von dem dünnere, fächerförmige Verästelungen bis an die Spitze der Papillen ausgehen. Bei der Vergleichung der atrophischen Partien mit den umgebenden gesunden konstatiert man jedoch, dafs auch im Papillarkörper die elastischen Fasern weniger zahlreich und dünner sind, so dafs das Netz weniger dicht erscheint als in der angrenzenden gesunden Haut.

In der retikulären Cutis ist diese Verdünnung des elastischen Netzes

viel auffallender und sticht auch ohne Vergleichung mit der gesunden Umgebung sofort ins Auge. Aus der Untersuchung der verschiedenen Präparate und Serienschnitte geht hervor, dafs diese Veränderung auf einen gewissen Abschnitt der retikulären Cutis beschränkt ist, in dessen Umgebung die normal aussehende elastische Faserschicht plötzlich aufhört. Dieses Rarefaktionsfeld des Elastins ist viel ausgedehnter und besser abgegrenzt in dem gröfseren als in den kleineren excidierten Hautstücken. In den Präparaten des ersteren läfst sich feststellen, dafs es sowohl in der Fläche als nach der Tiefe um so ausgedehnter ist, je mehr man nach dem Centrum der atrophischen Partie vorrückt: hier erreicht es nämlich nach der Tiefe die Grenze der Knäueldrüsen und in den peripheren Partien kaum das obere Drittel der retikulären Cutis. Bemerkenswert ist der Umstand, dafs auch an den Stellen, wo die Rarefaktion des Elastins den höchsten Grad erreicht, kräftige Bündel von normal aussehenden, in diagonaler Richtung verlaufenden glatten Muskelfasern konstatiert werden, die sich an der obersten Grenze des Papillarkörpers mittelst feinster, fächerförmig angeordneter Stränge, wie in der gesunden Haut, inserieren.

Bei starker Vergröfserung bemerkt man, dafs auch an den Stellen, wo das elastische Gewebe am dünnsten ist, doch immer ein wirkliches Netz eines solchen besteht, dessen Fasern aber viel weniger zahlreich sind als in den angrenzenden gesunden Partien; sie sind auch drei oder viermal dünner, färben sich mit Eosin weniger intensiv und verlaufen in einer geraden Linie, die sich eine Strecke weit verfolgen läfst. Die einzigen Punkte, wo das Elastin vollständig fehlt oder auf ein mit den stärksten Vergröfserungen kaum erkennbares Minimum reduziert sind, findet man in den perivasalen und periglandulären Infiltrationsherden.

Nirgends habe ich Bilder angetroffen, von denen ich auf eine Ruptur der elastischen Fasern hätte schliefsen können. Die Verdünnung dieser Fasern und ihre geringere Färbbarkeit erlaubt vielleicht die Annahme von Degenerationserscheinungen; andererseits aber gestattet der geradlinige Verlauf der Fasern die Vermutung, dafs diese letzteren im Rarefaktionsfelde dünner, weniger elastisch sind und gleichsam durch den Zug des angrenzenden, kräftigen, normalen elastischen Netzes beeinflufst sind.

In allen in Alkohol fixierten Präparaten habe ich nach dem Elacin (basophiles Elastin) gesucht und zwar nach den verschiedenen von Unna angegebenen Methoden, fand aber keine Spur davon. In den mit polychromem Blau und Tannin gefärbten Schnitten sieht man wohl viele isolierte und geschlängelt verlaufende Fasern, die intensiv blau gefärbt bleiben. Es handelt sich aber offenbar um kollagene Fasern mit einem ausgesprochen basophilen Charakter, wofür mir jede Erklärungsweise fehlt. Hervorzuheben ist, dafs diese Fasern, welche nach der Behandlung mit

konzentrierter Tanninlösung blau bleiben, in der ganzen Umgebung des Feldes vorherrschen, wo das Elastin vermindert ist.

Was die andere Erscheinung, die zellige Infiltration anbelangt, so ist dieselbe ebenfalls in allen Präparaten deutlich erkennbar; ganz besonders ist sie aber ausgesprochen in den Schnitten von Präparaten, die in Alkohol fixiert, mit polychromem Methylenblau gefärbt und mit gesättigter Gerbsäurelösung behandelt worden sind; ebenso aber auch in den Präparaten die mit Osmium oder FLEMMING, mit Magdala- oder Magentarot behandelt worden (zwei Farbstoffe, die mir besonders geeignet scheinen bei in Osmium fixierten Schnitten).

Die Infiltration ist ausschliefslich in der Umgebung der Gefäfswandungen vorhanden und zwar sowohl der Gefäfse des subpapillären Netzes als derjenigen, welche die Cutis in schiefer Richtung durchziehen oder die Knäuel- und Talgdrüsen oder die Haarfollikel umgeben. Ferner ist diese Infiltration nicht allein in den centralen Partien der Maculae zu finden, sondern auch in den peripheren, wo die Haarfollikel reichlicher vorhanden sind. Im oberflächlichen Netze und in der Umgebung der isolierten Gefäfse des retikulären Derma bildet die Infiltration lange und so dichte Stränge, dafs die Gefäfse dadurch ganz verdeckt bleiben. In den Osmiumpräparaten erkennt man, dafs diese Stränge, welche auf den ersten Blick wie einfache, an Zellen reiche Bindegewebsbündel erscheinen, aus Gefäfsen bestehen, die von einer dichten, mehrschichtigen kleinzelligen Infiltration umgeben sind. Die Infiltration besteht aus kleinen, runden oder ovalen, protoplasmaarmen Zellen mit grofsem, leicht färbbarem Kerne; zum Teil besteht sie aber auch aus dünnen, spindelförmigen Zellen. Andere hypertrophische Zellenformen, Plasma- und Mastzellen, grofse einkernige Leukocyten fehlen vollständig und die Zellen des Gefäfsendothels sehen normal aus. Man darf somit annehmen, dafs diese Infiltration, in dem Stadium in dem wir die Maculae untersucht haben, keineswegs eine Proliferation oder Hypertrophie, sondern im Gegenteil einen atrophischen Zustand andeutet, wie man ihn bei anderen Formen von Hautatrophie leicht finden kann.

An diesen histologischen Befund schliefsen sich folgende Betrachtungen:

1. Bei den „Maculae atrophicae“ handelt es sich thatsächlich um eine Veränderung im Gefüge der elastischen Fasern des Derma, die in der retikulären Cutis viel ausgesprochener ist als in der papillären.

2. Die Veränderung der elastischen Fasern besteht nicht in einer mechanischen Zerrung oder Zerreifsung einzelner dieser Fasern, wie dies bei den Striae beobachtet worden ist, sondern es handelt sich dabei um eine Verdünnung der Schicht, die offenbar teilweise auf das Verschwinden einzelner Fasern, teilweise aber auch auf eine Verdünnung der übrig-

gebliebenen Fasern zurückzuführen ist, dessen Elasticitätskoefficient vermindert erscheint.

3. Das leicht leukodermische Aussehen der Flecken beruht nicht auf Pigmentmangel, vielmehr ist dasselbe wahrscheinlich der Rarefaktion des Elastins zuzuschreiben; da dieses eine gelbliche Färbung hat, tritt infolge Schwundes desselben die sehnenweifse Farbe des kollagenen Gewebes stärker hervor, welches deshalb noch weifser erscheint, weil die rosarote Farbe des Gefäfsnetzes durch den Zellenmantel verdeckt wird, der die Gefäfswandungen umgiebt.

4, Die besondere Schlaffheit der Haut (Anetodermie von JADASSOHN) im Bereiche der Maculae, welche die wichtigste klinische Erscheinung dieser Affektion darstellt, beruht wahrscheinlich auf der Verdünnung des Elastins. Diese Thatsache hat aber für mich in histologischer Beziehung die Bedeutung einer wahren Atrophie, um so mehr als die perivasale Infiltration in denselben Präparaten den Charakter eines atrophischen Prozesses trägt.

5. Im Gegensatze zur Ansicht anderer Autoren (BALZER, OPPENHEIMER, JADASSOHN) bestätigen die histologischen Untersuchungen die Meinungen der ersten Beobachter (WILSON, BESNIER), welche ausschliefslich auf Grund des klinischen Bildes diese eigentümlichen Veränderungen als einen besonderen Fall von umschriebener Hautatrophie betrachteten. Die Bezeichnung „Maculae atrophicae" oder allenfalls „leuco-atrophicae" scheint mir deshalb die beste zu sein.

Andere Autoren, welche Gelegenheit hatten derartige „Maculae atrophicae" unter etwas anderen Bedingungen als in meinem Falle und wahrscheinlich auch in einem weniger vorgeschritteneren Stadium zu untersuchen, fanden eine erheblichere zellige Infiltration in der Cutis. JADASSOHN glaubte annehmen zu können, dafs das teilweise Verschwinden der elastischen Fasern nach und infolge dieser zelligen Infiltration auftrete.

Diese Auffassungsweise hat ihre volle Berechtigung für Fälle, wie der von JADASSOHN und ähnliche, wo man die atrophischen Flecken nach erythematopapulösen Formen entstehen sah. In meinem Falle läfst sich nicht nachweisen, da lokale Erscheinungen fehlten, ob derartige Eruptionen vorausgegangen waren. Da es sich aber hier um einen Syphilitiker mit noch bestehenden tuberösen Formen und vorangegangenem maculopapulösem Exanthem handelt, so darf man wohl an das Fortbestehen von Reizerscheinungen in einzelnen isolierten Bezirken des Hautgefäfsnetzes denken, obwohl sie klinisch nicht nachweisbar sind und zwar auf Grund der NEUMANNschen Theorie.

Wenn diese Reizerscheinungen in meinem Falle der Bildung der wahren atrophischen Maculae vorangegangen sind und den Schwund der elastischen Fasern verursacht haben, wie dies gewöhnlich bei einer ent-

zündlichen Infiltration zu geschehen pflegt, so muſs man annehmen, daſs die genannten Reizerscheinungen anderen, noch unbekannten Faktoren gewichen sind, die vielleicht vom Nervensystem abhängen und infolge welcher die Zellenproliferation einen regressiven Prozeſs erfahren hat und die Regeneration der elastischen Fasern verhindert wurde. Davon würde das Fortbestehen des atrophischen Zustandes abhängen.

Ich halte es aus dem Grunde für wahrscheinlich, daſs das Nervensystem in irgend einer Weise bei der Entstehung der atrophischen Erscheinungen mitspielt, weil ich in den atrophischen Flecken eine gewisse Analogie mit den UNNAschen Neurosyphiliden zu entdecken glaubte, sei es auf Grund des klinischen Bildes, sei es wegen gewisser histologischer Besonderheiten; dies um so mehr weil mein Patient gleichzeitig ein syphilitisches Leucoderma am Halse zeigte, d. h. eine der Formen, die UNNA zur Gruppe der Neurosyphilide rechnet.

Gegen diese Analogie wird man einwenden, daſs ich in meinen Präparaten nur atrophische Erscheinungen konstatiert habe, während bekanntlich das histologische Kennzeichen der UNNAschen Neurosyphilide in einer primären Verdickung der Gefäſswandungen, deren Perithelien hypertrophieren, und in einer sekundären Bildung von neuem kollagenem Gewebe in der Umgebung der Gefäſse mit Hypertrophie des umliegenden Bindegewebes der Cutis besteht. Meine Präparate zeigen aber, daſs auch in den atrophischen Maculae ein irritativer Prozeſs vorangegangen ist, der sich überall und über den ganzen Verästelungsbezirk der Hautgefäſse sich erstreckend, eng an die Gefäſswandungen hält. Gilt deshalb die übrigens durch andere Fälle bestätigte Hypothese, daſs dem atrophischen ein primäres irritatives und proliferatives Stadium vorangeht, so darf man annehmen, daſs in diesem primären Stadium — wenigstens was die maculae atrophicae der Syphilitiker anbelangt — die perivasale Zelleninfiltration die proliferativen und hypertrophierenden Eigenschaften der UNNAschen Neurosyphilide besitzt. Vorausgesetzt, daſs sich diese Hypothese bewährt, so ist es klar, daſs in der ausgesprochen atrophischen Periode, wie sie in meinem Falle vorliegt, nur die Folgezustände jener primären progressiven Veränderung konstatiert werden können, die nachher einen regressiven atrophischen Prozeſs durchgemacht haben.

Weiteren histologischen Untersuchungen bleibt es vorbehalten, durch Thatsachen die Hypothese zu bestätigen, daſs die Maculae atrophicae bei Syphilitikern eine Form von Neurosyphiliden darstellen, die „atrophischen“ oder „atrophierenden“ Neurosyphilide, wie man sie nennen sollte.

(Übersetzt von C. MÜLLER-Genf.)

Litteratur.

1. Wilson. On striae et maculae atrophicae cutis. *Journ. of cut. med.* 1867. *und Giornale italiano d. mal. veneree.* T. IV. p. 372. 1867.
2. R. W. Taylor. On a rare form of idiopathic localized, or partial atrophy of the skin. *Arch. of Dermatol.* 1876. *Giornale ital.* 1876. p. 59.
3. Livering. Clinical observation on maculae atrophicae. *Vierteljahresschr.* 1878. p. 468.
4. Pellizzari. Eritema orticato atrofizzante. *Giornale ital.* 1884. p. 230.
5. Nivet. Macules atrophiques cutanées ayant succédé à la résorption interstitielle d'une syphilide secondaire généralisée. *Annales de Dermat.* 1887. p. 64.
6. Balzer. Vergetures consécutives à des syphilides secondaires. *Bull. de la Soc. méd. des hop. de Paris.* 1887. p. 404.
7. — Vergetures ou macules atrophiques chez un syphilitique. *Annales de Dermat.* 1888. p. 426.
8. Balzer et Reblaub. Contribution à l'étude des vergetures arrondies, ou macules atrophiques, consécutives aux éruptions papuleuses syphilitiques et non syphilitiques. *Annales de Dermat.* 1889. p. 617.
9. Vasilin. Contribution à l'étude des vergetures et principalement des vergetures arrondies (macules atrophiques). *Thèse de Paris.* 1890. (Bringt keine neuen Fälle.)
10. Ohmann-Dumesnil. Ein Fall von Striae et maculae atrophicae nach Typhus abdominalis. *Monatsh. f. prakt. Dermat.* Bd. XII. p. 509.
11. Oppenheimer. Über einen Fall von sogenannter circumskripter Atrophie der Haut nach sekundärer Syphilis. *Archiv f. Derm. u. Syph.* 1891. p. 361.
12. Thibierge. Atrophodermie érythémateuse en plaques. *Annales de Derm.* 1891. p. 1004.
13. Jadassohn. Über einen eigenartigen Fall von Atrophia maculosa cutis. *Archiv f. Derm. u. Syph.* E. H. 1. p. 342.
14. Danlos. Vergetures syphilitiques en plaques ovalaires. *Annales de Dermat.* 1897. p. 562.
15. Fournier. *Traité de la Syphilis.* p. 374. Paris 1898.
16. Herscher. Leuco-atrophies cutanées et cheloides consécutives à des syphilides. *Annales de Dermat.* 1899. p. 1070.

Aus der Praxis.

Celloidinum inelasticum.

Von

P. G. Unna.

Wer mitten in der Praxis steht, wird bei der wissenschaftlichen Durcharbeitung seiner Fälle stets denjenigen Methoden den Vorzug geben, die ihn am raschesten und einfachsten zum Ziele führen, vorausgesetzt, dafs sie ebenso sicher sind wie die anderen, welche mit einem gröfseren Apparat und mit mehr Zeitaufwand dasselbe Resultat erreichen lassen. Oft sind die einfacheren Methoden sogar für den bestimmten Zweck die besseren. Ein ungeheures, wertvolles, dem Lebenden excidiertes, dermatologisches Material ist für die Wissenschaft grofsenteils verloren gegangen, weil man es, den Spuren der Normalhistologen folgend, in Metallsalzlösungen fixierte und dadurch für die Protoplasmafärbung untauglich machte, statt es einfach und rasch in Alkohol zu härten. Ein ähnlicher Aufwand verlorener Mühe lastet noch auf unserer Einbettungsmethode, insofern viele Fachkollegen die Einbettung in Paraffin für besser und sicherer halten als die in Celloidin, obwohl sie nicht entfernt so einfach und rasch zum Ziele führt. Die Paraffineinbettung ist durchaus, ja unter Umständen bisher allein berechtigt, wo es sich um die Darstellung allerfeinster Schnitte (5 μ Dicke) und Schnittserien in Bänderform handelt, wie insbesondere bei den Embryologen und Neurologen. Sie wird zur unnützen Plage bei der Untersuchung der meisten Hautaffektionen, insbesondere, wo das Material nicht lange konserviert werden kann, sondern sofort, z. B. zu diagnostischen Zwecken, untersucht werden mufs. Die Sucht nach allerfeinsten Schnitten führt auf diesem Gebiete oft auf Abwege, da in den Schnitten von 5 μ und darunter vielerwärts der Zusammenhang pathologischer Produkte zerschnitten und unauffindbar geworden, während andererseits unsere Färbetechnik längst so weit gediehen ist, die verschiedenen Elemente auch innerhalb dickerer Schnitte (10—15 μ) sicher zu differenzieren. Gut gefärbte dickere Schnitte sind für die meisten pathologischen Fragen viel lehrreicher als extrem dünne.

Man würde daher allgemein bei der Untersuchung der Hautkrankheiten zur Celloidineinbettung greifen und die Paraffineinbettung bei Seite lassen können, wenn nicht gewisse Arten von Schnittmaterial bei der Celloidineinbettung Schwierigkeiten machten, die bisher nicht genügend

hervorgehoben sind. Bei den Tumoren, den Granulomen, den chronischen und akuten Entzündungen kommen diese Schwierigkeiten nicht zur Wahrnehmung, nämlich solchen Affektionen, bei welchen ein zellenreiches Material oder ein geronnenes Exsudat zwischen die kollagenen Fasern ergossen ist; sie werden dagegen wahrnehmbar, wo ein spärliches protoplasmatisches Material die kollagenen Bündel trennt, wie bei normaler, besonders seniler Haut und rein fibrösen Neubildungen und treten geradezu störend hervor, wo, wie bei den meisten Hautatrophien, das Schnittmaterial zum allergrößten Teile aus Kollagen und Elastin allein besteht. An diesem Material und oft genug auch an normaler Haut weicht der Celloidinblock bei feinerer Einstellung der Mikrotomschraube dem Messer aus, etwa so wie dasselbe beim Schneiden einer gehärteten Gelatinekultur zu geschehen pflegt. Die regelmäßige Schnittdicke ist eben an einen gewissen Grad von Plastizität resp. Mangel an Elastizität gebunden; ist die Plastizität zu gering, resp. die Elastizität zu bedeutend, so wird das Schnittmaterial unterhalb einer bestimmten Schnittdicke von dem Messer nicht mehr geschnitten, sondern komprimiert. Es resultieren ein oder mehrere Luftzüge des Messers und darauf ein um so dickerer Schnitt.

Was der Paraffinblock vor dem Celloidinblock voraus hat, ist seine Plastizität. Er läßt sich wie fester Käse schneiden, weicht dem Messer nicht aus und erlaubt daher, allerfeinste Schnitte zu machen. Es ist seit langem mein Bestreben gewesen, dem Celloidin künstlich seine Elastizität zu nehmen durch einen in Alkohol-Äther löslichen Zusatz und ich verwandte dazu zunächst einen solchen von Stearin. Derselbe bewährte sich bei der so schwer zu schneidenden senilen Hautatrophie jedoch deshalb nicht, weil beim Verdunsten des Lösungsmittels die Stearinsäure auskrystallisiert und das sehr brüchige Gewebe zerreißt. Besser erwies sich ein Zusatz von Ricinusöl. Nachdem so im allgemeinen feststand, daß das Prinzip richtig war, trat ich der Frage, auf das bereitwilligste unterstützt von der Chemischen Fabrik auf Aktien (vormals E. Schering), näher. Während ich bis dahin in schwierigen Fällen der Celloidinlösung ad libitum antielalstische Körper zugesetzt hatte, war ich nun in den Stand gesetzt, die fertigen Celloidintafeln, mit Zusätzen in genauem Prozentverhältnis von der Fabrik versehen, zu gebrauchen und zu vergleichen.

So habe ich im Laufe der letzten zwei Jahre folgende Zusätze durchprobiert: Kakaobutter 0,4 und 2%, Terpentinöl 1 und 2%, Kampfer 1%, stearinsaures Natron 1 und 2%, Glycerin 4%, Glycerin 4% und stearinsaures Natron 1%, Ricinusöl 0,5, 1 und 2%.

Kampfer war aus demselben Grunde (Krystallisation) unbrauchbar wie Stearinsäure; ebensowenig bewährten sich Kakaobutter und Glycerin. Dagegen erwiesen sich als brauchbar: Terpentinöl 2%, stearinsaures

Natron 2% und ganz besonders Ricinusöl 2%. Auch Mischungen dieser Zusätze oder der mit diesen einfachen Zusätzen versehenen Celloidinlösungen sind empfehlenswert.[1]

Es unterliegt für mich keinem Zweifel, dafs diese Verbesserung, die sich zunächst für schwierig zu schneidende Hautstücke, insbesondere für die protoplasmaarme und zugleich äufserst brüchige senile Haut bewährt hat, im allgemeinen von allen Präparaten feinere Schnitte herzustellen erlauben wird. Inwieweit das seiner Elastizität grofsenteils beraubte Celloidin auch in der Praxis der Embryologen und Neurologen das Paraffin zu ersetzen geeignet ist, vermag ich nicht zu sagen, möchte aber zu Versuchen in dieser Richtung auffordern.

[1] Die Chemische Fabrik auf Aktien (vormals E. Schering), Berlin, wird in Zukunft aufser den bisherigen Celloidintafeln solche von relativ unelastischem Celloidin unter dem Namen: Celloidinum inelasticum (ricinatum, terebintinatum, saponatum) mit je 2% der betreffenden Zusätze vorrätig halten.

Versammlungen.

Berliner dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 6. März 1900.

Original-Bericht von Dr. John Hirsch-Berlin.

Vor der Tagesordnung zeigt Heller die Photographie eines Falles von **Pityriasis rubra pilaris**, bei welchem durch innerliche Darreichung von Arsen die Heilung erzielt wurde.

Alsdann demonstriert Ledermann (cf. Bericht über die Berl. med. Gesellsch. vom 19. Febr. 1900) eine 59jährige Frau, welche seit mehr als 40 Jahren an einer Hautaffektion leidet, die fast den ganzen Körper einnimmt. Kurze Zeit nachdem die Patientin Variola durchgemacht hatte, entstanden im Gesicht und an den Armen rote, sehr stark juckende Knötchen. Ärztliche Hülfe suchte sie erst nach langjährigem Bestehen der Eruptionen auf. Die linke Körperhälfte ist von der Affektion bevorzugt. Die Efflorescenzen sind hier so angeordnet, dafs sie in den Interkostalräumen verlaufen und seitliche Zweige absenden, in der Form der Verbreitung ein dem Herpes zoster sehr ähnliches Bild. Aufser am Rücken, sieht man auch am Hals, an den beiden Armen, an der Stirn, an den Unterschenkeln, Fersen und Zehen die Efflorescenzen, welche an manchen Stellen den Eindruck grofser braunroter Plaques machen. Letztere bestehen aus kleinen Efflorescenzen, die mit dunkel pigmentierten Borken bedeckt sind. Kratzt man die Kruste ab, so sieht man an manchen Stellen papilläre Wucherungen. Die Diagnose würde Schwierigkeiten bereiten, wenn man nicht an den Vorderarmen und den Handrücken kleine, rote, mit Schuppen bedeckte Knötchen finden würde, welche man zweifellos als frische Eruptionen von **Lichen ruber planus** auffassen mufs. Es handelt sich also um einen Fall von Lichen ruber planus, bei dem an einzelnen Stellen die Form des Lichen ruber verrucosus sich gebildet

hat. Bemerkenswert ist noch das aus Einzeleffloreszenzen bestehende Band, welches in der linken Femoroglutealfalte über die Beugeseite des linken Oberschenkels, also in der Voigtschen inneren Grenzlinie, verläuft. Es hat sich auch hier eine Eruption von Lichen ruber entwickelt.

Blaschko spricht sich in der Diskussion dahin aus, er zweifle nicht, daſs die Effloreszenzen an den Vorderarmen als Lichen ruber planus-Knötchen aufzufassen sind, er glaube aber nicht, daſs die hier vorliegende Hautaffektion, welche in dunkelpigmentierten warzenförmigen Plaques auftrete, als Lichen ruber verrucosus bezeichnet werden darf. Selbst wenn es gelänge, Mittelglieder zu finden, welche uns den Übergang von dem Lichen ruber planus in die verruköse Form zum Verständnis brächten, so wären dieselben doch nicht für die Diagnose maſsgebend. Man müſste längere Zeit jedes einzelne dieser Lichenknötchen in diesem Falle beobachten, um bestimmt sagen zu können, daſs die mit dunklen Krusten bedeckten, dunkelbraun pigmentierten Plaques aus diesem hervorgehen. Blaschko glaubt, es liegt hier neben einer frischen Lichenerkrankung eine Anomalie vor, welche in die Gruppe der Naevusbildung oder der Ichthyosis gehört. — Rosenthal schlieſst sich der Diagnose Ledermanns an; wenn es auch wahr ist, daſs ein Naevus nicht kongenital zu sein braucht, so ist dessen Entstehen im 18. Lebensjahre ein sehr spätes und dessen Vorhandensein unwahrscheinlich. Was nun die dunkelbraune Pigmentierung der Plaques angeht, so müſste man dieselbe auf die reichliche Behandlung der Patientin mit Arsen zurückführen. — Ledermann führt aus, daſs man bis vor kurzer Zeit geglaubt habe, die Voigtsche innere Grenzlinie sei mit Vorliebe der Sitz von kongenitalen Geschwülsten; wir wissen jetzt, daſs auch rein entzündliche Affektionen in dieser Linie sich entwickeln können. Unsere Patientin giebt an, daſs die Affektion mit Knötchen begonnen habe; erst allmählich haben sich die Eruptionen in der Weise entwickelt, wie wir dieselben hier vor uns haben. Die reichliche Arsenmedikation hat zur Bildung von Pigment geführt. Die dicken, borkigen Auflagerungen, welche man an vielen Stellen sieht, sind der Ausdruck einer universellen Ekzematisierung, zu der schlieſslich der lange bestehende Juckreiz geführt hat. Er bleibt dabei, daſs es sich hier um einen Fall von Lichen ruber planus handelt und zwar zum Teil von jener Form, wie sie bei chronischen Zuständen eintritt und als Lichen ruber verrucosus bezeichnet wird.

Hierauf ergreift Weinrich das Wort zu einem Vortrag über **Kystophotographie nach Nitze**. Er erkenne nicht an, daſs die von Berger seiner Zeit demonstrierten Bilder einen Vorzug vor denen Nitzes besäſsen; die letzteren sind überaus charakteristisch und zeigen plastische Schärfe. Er schildert hierauf das Photographier-Kystoskop (cf. Kystographischer Atlas von Nitze. J. F. Bergmann, Wiesbaden. 1894). Es wird dabei zunächst das kleine im Rohr schwebende reelle Bildchen photographiert und das kleine Photogramm nachträglich so stark vergröſsert, daſs es dem beim Kystoskopieren erblickten virtuellen Bilde an Gröſse gleichkommt. Das kleine reelle Bildchen wird in gröſserer Anzahl auf einer lichtempfindlichen Brom-Gelatine-Glasplatte aufgenommen. Die Originalaufnahmen vertragen eine zehnfache Vergröſserung. Demgemäſs werden die 3 mm groſsen Originalbildchen so vergröſsert, daſs wir Bilder von 3 cm Durchmesser erhalten. Sehr klar und auffallend körperlich ist das Bild, wenn man zwei gleiche Bilder auf einen Karton klebt und dieselben mittelst eines Stereoskops betrachtet. Die Expositionszeit ist eine sehr kleine; sie beträgt nur 3—10 Sekunden. Selbst die kleinsten Details, wie Blutgefäſse, Tuberkelknötchen etc. treten scharf hervor. Weinrich demonstriert einige Bilder, so Photogramme der Ureterenmündung, Bilder aus der Blase der Prostatiker, das Bild eines in die Blase durchgebrochenen Seidenfadens etc. Sie zeigen alle eine plastische Schärfe.

Berger glaubt, daſs seine Methode viele Vorteile gegenüber der Nitzeschen be-

sitzt. Es handelt sich vor allem um Momentphotographien. Je kleiner die notwendige Expositionszeit ist, um so weniger unangenehm ist die ganze Prozedur für den Kranken; die Länge der Exposition bei Nitze macht es zuweilen unmöglich, schnell wechselnde Umstände in der Blase durch das Photogramm zu fixieren. Momentphotographien sind ebenso gut wie Zeitaufnahmen. Die Anwendung von Films ist ein technischer Fortschritt, giebt weniger Mifserfolge. Zur Fixierung des Instruments wendet Nitze nicht selten das Stativ an; dieses ist bei seiner Methode ganz überflüssig. Alle Bilder, welche er vorgeführt, seien ohne Retouche angefertigt. Berger hofft, dafs seine Methode mehr Verbreitung finden wird, als die Nitzesche. — P. Cohn bestätigt, dafs er mit Hülfe der Bergerschen Methode sehr schöne Bilder erhalten hat; er glaubt, dafs diese einen bedeutenden Fortschritt darstelle. — Weinrich führt aus, dafs im Interesse der objektiven Wiedergabe von der Retouche nur selten Gebrauch gemacht worden ist. Auch ist es fast nie notwendig ein Stativ zur Fixierung des Instruments anzuwenden, denn es gelingt auch ohne dasselbe für die kurze Zeit der Exposition das Instrument ruhig zu halten.

Darauf hielt Paul Richter über **Gonokokkenfärbung** einen Vortrag. Uhma hat eine Methode angegeben, Neisserische Gonokokken schnell und different von anderen Bakterien zu färben. Das Verfahren ist folgendes: Die Objektträger werden mit einer ½ %igen Neutralrotlösung benetzt und getrocknet. Legt man nun auf den so vorbereiteten Objektträger ein Deckgläschen, auf dem sich ein Tröpfchen Eiter befindet, so sind die Gonokokken fast die ersten Dinge, die in dem mikroskopischen Bilde rot gefärbt erscheinen. Auch Plato hat mit Neutralrot die Gonokokkenfärbung in lebenden Leukocyten empfohlen. Richter ist überzeugt, dafs hier keine vitale Färbung vorliegt. Es handele sich nur um eine gröfsere Affinität des Neutralrots zum Gonococcus als zur Zelle; es diffundiert dieser Farbstoff leichter in den Gonococcus. Redner kann die Methode durchaus nicht empfehlen; er hält die alte Färbung für entschieden besser.

Pinkus empfiehlt die Färbung mit Saffranin. Bei der Färbung mit Neutralrot im nicht fixierten Präparat handelt es sich um eine vitale Färbung.

Marcuse demonstriert hierauf einen 21jährigen Mann, der aus gesunder Familie stammt. Seit sechs Jahren leidet er an Jucken am Körper; infolge des Kratzens hatte sich zunächst ein pustulöses Ekzem entwickelt. Es ist keine Scabies vorhanden. Juckreiz stellt sich namentlich bei Temperaturwechsel und beim Schwitzen ein. Auch im Schlafe kratzt sich der Patient nach Aussage seiner Angehörigen. Der Urin ist frei von Zucker und Eiweifs. Zur Zeit sieht man an zwei symmetrisch gelegenen, überpigmentierten, je zwei Handteller grofsen Bezirken in der Regio iliaca und an den seitlichen Partien des Halses zahlreiche hirsekorn- bis stecknadelkopfgrofse, distinkte, dicht aneinander gereihte weifse, abgestumpfte Knötchen. Die Kratzeffekte, die auch an den von der Knötcheneruption frei gebliebenen Unterschenkeln bestanden, sind nach Salbenbehandlung erheblich zurückgegangen. Von einem gewöhnlichen Lichen ruber unterscheidet sich der vorliegende Fall vor allem dadurch, dafs die Knötchen nicht rot sondern weifs sind. Ferner sind dieselben rund und nicht polygonal. Eigentümlich ist ihr Sitz an circumscripten Stellen des Bauches und des Halses, das Auftreten nach längerem Bestande eines Pruritus nervosus, die Kombination mit sekundären Effloreszenzen auf Grund bakterieller Infektion. Die Erfolglosigkeit der Arsentherapie spricht gegen Lichen ruber accuminatus. Gegen letztere Diagnose ist noch die geringe Beeinflussung des Allgemeinbefindens und auch die geringe Ausbildung des ganzen Prozesses anzuführen. Gegen die Annahme von Pityriasis rubra pilaris spricht das Fehlen der allgemeinen Röte der Hautdecken und einer hochgradigen Ausbildung der Falten. Auch sind die histologischen Befunde

der Pityriasis rubra pilaris nach den Arbeiten Dürings und Neumanns ganz andere als die im vorliegenden Falle. Weiterhin sind die von Juliusberg, Pinkus u. a. beschriebenen Fälle von Psoriasisformen und lichenoidem Exanthem hier auszuschliefsen, da es sich bei diesen um eine chronische nicht juckende Affektion handelt, die mehr der Psoriasis als dem Lichen ähnelt. Zurückzuweisen ist auch die Annahme eines Lichen atrophicus von Hallopeau und Darier, weil dieser nach Orbach von Beginn an narbenähnliche Flecke mit zahlreichen punktförmigen Depressionen zeigt. Es liegt hier **Lichen simplex chronicus Vidal** vor, jene besondere Form von Lichen, deren Wesen in der Ausbildung eines Exanthems aus blassen Lichenknötchen auf Grundlage eines Pruritus chronicus besteht. Im Vordergrund der Symptome steht dabei der Juckreiz. Die einzelnen Knötchen flieſsen meist zu Plaques zusammen; diagnostisch maſsgebend ist aber nur das einzeln stehende Knötchen. Der Verlauf der Krankheit ist stets chronisch. Arsen ist dagegen unwirksam. Der histologische Befund ergab, daſs die Knötchen meist perifollikulär sitzen, Epidermis und Cutis sind an deren Bildung beteiligt. Das Pigment der Basalschicht, das sonst im erkrankten Bezirke stark vermehrt ist, zeigt sich im Bereiche der Knötchen selbst vermindert. Die Zahl der Mitosen in der Basalschicht ist stellenweise vermehrt. Die Höhe der Stachelzellenschicht ist nur unerheblich und nicht gleichmäſsig im Bereiche der Knötchen vermehrt, die „Akanthose" im ganzen gering. Die Epithelzapfen sind im Bereiche der Knötchen vielfach aber nicht erheblich verlängert. Die Haarbalgmündungen sind von zahlreichen Schichten platter, kernhaltiger Zellen umgeben, die ein rudimentär verhorntes Scutulum bilden, das kontinuierlich in die angrenzende normale Hornschicht der Epidermis übergeht. Die Parakeratose kommt auch dadurch zum Ausdruck, daſs diese Schüppchen im Gegensatz zur normalen Hornschicht sich nach Gram entfärben. Zwischen den 12—14 Zelllagen eines solchen Schüppchens finden sich stellenweise Spalträume. Die unmittelbar an das Schüppchen angrenzende Epidermis zeigt eine mehrfache Lage von Zellen mit Keratohyalinhörnern, die sonst nur noch an den Haarbälgen nachweisbar sind. Im Bereiche der Knötchen zeigt die Cutis einige Rundzellenanhäufungen, am dichtesten um die Haarbälge herum. Auſserdem finden sich Anhäufungen von Rundzellen auch in gröſserer Tiefe hier und da im Corium, regelmäſsig in der Umgebung von Schweiſsdrüsen, Schweiſsdrüsengängen und kleinen Gefäſsen. Die elastischen Fasern sind im ganzen wohl ausgebildet. Sie treten nur stellenweise in den Cutispapillen spärlicher als normal auf. Auffallend im Cutisgewebe ist eine groſse Zahl von sternförmigen Pigmentzellen. Die Färbung mit polychromem Methylenblau ergiebt die Anwesenheit von zahlreichen Mastzellen im kleinzelligen Infiltrat.

Alsdann legt Marcuse noch histologische Präparate eines Falles von **Pemphigus haemorrhagicus malignus neonatorum** vor. Das Kind habe er erst post exitum gesehen; er durfte nur verschiedene charakteristische Hautstücke excidieren; eine vollständige Sektion wurde nicht gestattet. Aus den Angaben des behandelnden Arztes und der Mutter ist folgendes von Wichtigkeit. Das Kind wurde am Ende einer normal abgelaufenen Schwangerschaft geboren. Mutter und Vater, wie ein 12 Monate alter Bruder des Kindes sind gesund. Das Kind war bei der Geburt frei von irgendwelchen Exanthemen. Am fünften Lebenstage wurden zuerst zwei prallgefüllte pfennigstückgroſse Blasen mit klarem Inhalt am Rücken beobachtet. Dieselben standen auf nicht geröteter Basis. Sie wurden von der Hebamme eröffnet. Bis zum achten Lebenstage traten schubweise ebensolche Blasen in groſser Zahl am ganzen Körperstamme an Brust und Bauch, auch an den Extremitäten auf, später auch auf der linken Gesichtshälfte in der Ohrgegend. Handteller und Fuſssohlen blieben zunächst frei. Es war kein erhebliches Fieber vorhanden. Am neunten Lebenstage traten

auch an Handtellern und Fufssohlen Blasen auf. Diese platzten schnell; die Epidermis löste sich in gröfseren Fetzen ab und dann lag der gerötete Blasengrund zu Tage, der sich weiterhin mit blutigen Borken bedeckte. Die Mutter des Kindes glaubt, dafs überall da, wohin das Kind mit der Hand fafste neue Blasen auftraten. Sie band deshalb dem Kinde die Hände zusammen. Das Kind starb 12 Tage alt, nachdem fast sämtliche Blasen geplatzt waren und deren Decke sich auf weite Strecken abgelöst hatte. Die Leiche zeigte keine Fäulniserscheinungen; die Haut am ganzen Rücken, an Teilen des Bauches und der Brust, an den Streckseiten der Extremitäten namentlich an den Ellenbogengelenken, ferner an der linken Wangen- und Ohrgegend war exfoliiert und von rötlichbraunen, dicken, fest haftenden Krusten bedeckt. Eine frische nicht geplatzte, etwa halbpfennigstückgrofse Blase fand sich noch am rechten Oberschenkel in der Inguinalgegend; sie hatte durchscheinenden, wenig getrübten Inhalt und war mäfsig prall gefüllt. An den mitten durch die Blase gehenden Schnitten ist folgendes zu konstatieren: Die Blasendecke wird vom Stratum corneum gebildet, das auch in der Umgebung der Blasen mächtig entwickelt ist. Der Blasenboden wird vom ganzen Rete Malpighii gebildet; auf demselben finden sich mehr oder minder massige Auflagerungen von Rundzellen, die zum Teil in Zerfall begriffen sind. Fibrinfäden sind in diesen Auflagerungen bei Weigertscher Färbung nicht nachweisbar. Bei Immersion sieht man darin zahlreiche nicht charakteristische Mikrokokken. Im übrigen ist die Blase einkammerig und enthält aufser einzelnen roten Blutkörperchen keine besonderen Bestandteile. Im Blasengrunde erscheinen zu oberst unmittelbar unter der Auflagerung der Rundzellen Schichten von platten kernhaltigen Zellen ohne Keratohyalinkörner. Auffallend ist weiterhin eine starke Verbreiterung der Retezapfen und dadurch bedingt eine Verschmälerung der Hautpapillen. Stellenweise besteht auch eine Verlängerung der Retezapfen. Vielfach ist die cylindrische Form der Zellen der Basalschicht nicht deutlich ausgebildet. Das Gewebe der Hautpapillen ist zellreicher, die einzelnen Zellen von verschiedener Gestalt mit einfachen, bald rundlichen, bald unregelmäfsig gestalteten Kernen. Offenbar sind das an Ort und Stelle entstandene Zellen, Abkömmlinge der Bindegewebszellen und nicht ausgewanderte Elemente wie die Rundzellen in den erwähnten Auflagerungen. Eine mäfsige Zellwucherung ist aufserdem vielfach in der Umgebung der Schweifsdrüsen und ihrer Ausführungsgänge zu erkennen. Die Gefäfse in der Tiefe der Haut sind stark mit Blut gefüllt, die Venen sind erweitert. Im Bereich der Blase sind jedoch noch keine Hämorrhagien. Die elastischen Fasern sind überall gut entwickelt. Bei Weigertscher Färbung treten die Bindegewebsbündel der Cutis in guter Ausbildung hervor; nur an einigen sehr zellreichen schmalen Cutispapillen erscheinen die aufsteigenden Fasern undeutlicher, durch die Zellwucherung verdeckt. Die von der Bauchhaut und der Ellenbogengegend stammenden Schnitte zeigen aufser stark erweiterten und gefüllten Gefäfsen der Cutis und des subcutanen Gewebes ausgedehnte Hämorrhagien in allen Teilen der Cutis und Subcutis, auch im Papillarkörper. Stellenweise dringen die Hämorrhagien zwischen die Epithelien des Rete Malpighii vor. Die Hornschicht ist im Bereiche dieser Schnitte noch stärker entwickelt als in der Umgebung der Blase, stellenweise erheben sich rottenförmige, nur aus den Elementen der Hornschicht gebildete und bei Gramscher Entfärbung blau gebliebene Exkrescenzen über die Oberfläche der Haut. Interessant ist nun, dafs an einer Stelle, wo die Gefäfsschlingen der Hautpapillen maximal erweitert sind, die Hornschicht durch in mehrfacher Lage übereinander geschichtete, nach Gram entfärbte, kernhaltige Zellen ersetzt wird, die kontinuierlich in die angrenzende normale blau gefärbte Hornschicht übergehen. Hier handelt es sich also nicht um ein Fehlen der Hornschicht durch Ablösung der Epidermis, sondern um eine Parakeratose. Die schwersten Veränderungen zeigen sich

in den Schnitten, welche vom Oberarm aus einem mit Blutkrusten bedecken Bezirke stammen. Hier fehlt die Epidermis und Papillarkörper vollständig, die Oberfläche des Schnittes ist von älteren homogenen Blutkrusten bedeckt, die bis auf das Stratum reticulare der Cutis dringen; die Cutis, soweit sie noch erhalten ist, und das subcutane Fettgewebe sind von ausgedehnten Hämorrhagien durchsetzt. Die Hämorrhagien stehen in diesem Falle so im Vordergrunde der Erscheinungen, dafs auf sie wohl die Malignität zurückzuführen ist. Im übrigen bot der Fall klinisch das Bild eines akut verlaufenen Pemphigus foliaceus. Bei Dermatitis exfoliativa ist im Gegensatz zu den Verhältnissen in diesem Falle die Haut zunächst weithin gerötet, geschwollen und rissig; die Blasen sind, wenn solche überhaupt entstehen, von vornherein schlaff. Die Krankheit beginnt meist im Gesicht, gewöhnlich nach Ablauf der ersten Lebenswoche, ist von hohem Fieber begleitet, das nur bei ganz elenden Kindern als Ausdruck der Schwäche fehlt. Die anatomischen Befunde stimmen mit denjenigen in diesem Pemphigusfalle nur in Bezug auf die starke Gefäfsfüllung und die Hämorrhagien überein. Für Syphilis ist weder nach dem klinischen Verlauf noch nach der Anamnese ein Anhalt gegeben. Mit der Diagnose Pemphigus malignus läfst sich dagegen auch der anatomische Befund wohl vereinigen. Der oberflächliche Sitz der Blasen spricht nicht gegen Pemphigus, da dieser auch nach neuesten Arbeiten vorkommt. Bemerkenswert scheint am vorliegenden Falle, dafs trotz dieses oberflächlichen Sitzes der Blasen der Verlauf ein ausgesprochen maligner war. Dafür ist offenbar der hämorrhagische Charakter des Falles mafsgebend gewesen.

---

13. Versammlung der Anatomischen Gesellschaft zu Tübingen.

(Ref. *Anatomischer Anzeiger*, Ergänzungsheft zum 16. Band 1899.)

Aus den Verhandlungen berichten wir über die einleitende Rede Flemmings über **die Anatomie der Zelle, speziell des Zellleibes,** in der Vortragender ein Referat über die bisherigen Arbeiten über dies Thema giebt und zum Schlusse Präparate vorstellt, die seine Ansicht vom Bestehen der Zelle aus einem Netzwerk und der Zwischensubstanz bestätigen.

Ferner hielt Spuler einen Vortrag über **die Regeneration der Haare** und kommt zu dem Schlusse, dafs neben dem Ersatz des Haares auf der alten Papille während des ganzen Lebens eine Neubildung von Haaren von der Epidermis aus in beträchtlicher Menge sich findet, dafs es dabei zumeist zu einer frühzeitigen Lösung des jungen Haares kommt, und dafs erst von diesen Kolbenhaaren aus die Keime zur Bildung der markhaltigen Haare in die tiefsten Cutislagen und ins subcutane Gewebe vordringen. An der gestreckteren, schlanken Form ihrer Zwiebel sind diese Haare während des Hinunterwachsens leicht zu erkennen. *F. Hahn-Bremen.*

Fachzeitschriften.

Archiv für Dermatologie und Syphilis.

Band 51, Heft 2. 1900.

I. **Über das Verhalten der Milz bei erworbener Syphilis,** von P. Colombini-Sassari. Verfasser hat sich bereits in einer früheren 1895 publizierten Arbeit mit der Frage der Beteiligung der Milz bei acquirierter Syphilis beschäftigt. Zahlreiche,

bisher nicht aufgeklärte Punkte in dieser Frage, aufserdem neues für weitere Untersuchungen geeignetes Material haben ihn veranlafst, den Gegenstand einem nochmaligen eingehenden Studium zu unterwerfen. Hierbei will Verfasser die Modifikationen, welche die Syphilis während der Dauer ihres Allgemeinstadiums an der Milz hervorbringt, mit gröfserer Präzision und Genauigkeit feststellen und besonders folgende Fragen beantworten:

1. In welcher Häufigkeit beobachtet man den Milztumor bei der acquirierten Syphilis?

2. In welcher Epoche der Infektion zeigt sich der Milztumor?

3. Wie lange dauert der syphilitische Milztumor?

4. Wie verhält sich derselbe zu den übrigen Erscheinungen der Syphilis und zur antisyphilitischen Behandlung?

Das Resultat der Untersuchungen resumiert Verfasser in nachstehenden Schlufssätzen:

1. Bei der acquirierten Syphilis beobachtet man in der Regel eine Vergröfserung der Milz.

2. Dieser Milztumor wird während der aktiven Periode der syphilitischen Allgemeinerscheinungen beobachtet und geht parallel mit denselben, indem er mit ihnen dieselben Phasen der Entstehung und des Ablaufes einhält.

3. In jener Periode, in welcher nur der Primäraffekt besteht, ist die Milz in der Hauptzahl der Fälle normal.

4. Die Vergröfserung der Milz beobachtet man in der zweiten Inkubationsperiode, kurze Zeit vor Ausbruch der Allgemeinerscheinungen.

5. Dieser Milztumor wächst mit dem Anwachsen der Allgemeinerscheinungen, welcher Art und welcher Intensität diese auch seien, er verändert sich, wie diese sich verändern und verschwindet bisweilen auch mit ihnen.

6. In der Regel nimmt die Milz in einem mehr oder weniger langen Zeitraume nach dem Verschwinden aller äufseren Erscheinungen ihr normales Volumen wieder an.

7. Aus meinen früheren Untersuchungen geht hervor, dafs man in den späteren Phasen der sekundären und in der tertiären Periode fast nie einen Milztumor findet.

8. Es kann vorkommen, dafs man keinen Milztumor vorfindet, wenn man die Untersuchung in einem ungeeigneten Zeitpunkte vornimmt, indem man dieselbe entweder zu früh, während der Periode des Primäraffektes, ausführt, wo der Milztumor noch nicht entstanden ist, oder in einem zu späten Stadium, wo sich die Allgemeinerscheinungen der Sekundärperiode im Ablaufe befinden und der Milztumor bereits verschwunden sein kann.

9. Milztumor uud Lymphdrüsenschwellungen sind bei der Syphilis durch dieselben Ursachen erzeugt und haben dieselbe Bedeutung.

10. Während die Hyperplasie der Drüsen bisweilen eine bedeutende Gröfse erreichen kann, bleibt die Vergröfserung der Milz immer in engen Grenzen und überschreitet fast nie die vordere Axillarlinie oder den Rippenbogen.

11. Die Vergröfserung der Milz erfolgt hauptsächlich in transversaler Richtung und häufig hauptsächlich nach innen, weshalb sich die syphilitische Milz mehr oder weniger gegen die Wirbelsäule hindrängt. Nur in geringem Grade vollzieht sich die Vergröfserung auch in vertikaler Richtung.

12. Bezüglich des Geschlechtes bestehen beim Milztumor keine Unterschiede.

13. Unter der Behandlung geht der Milztumor in gleichem Schritte wie die übrigen Erscheinungen deutlich zurück, was wohl dem Einflusse der Behandlung zugeschrieben werden mufs.

14. In der Periode der Allgemeinerscheinungen der Syphilis verhält sich die

Milz in ganz gleicher Weise, wie man es bei den gewöhnlichen Infektionskrankheiten beobachtet.

15. In zweifelhaften Fällen kann die Anwesenheit eines Milztumors im Vereine mit den übrigen Thatsachen die Diagnose der Syphilis bestätigen.

II. **Über Hautaffektionen nach innerlichem Arsenikgebrauch, ein Beitrag zur Frage des Zoster arsenicalis,** von Bettmann-Heidelberg. Das Vorkommen eines Zoster arsenicalis ist für die meisten Autoren, die sich bis dahin mit dem Gegenstande beschäftigt haben, eine offene Frage geblieben. Sicher ist, dafs ein Herpes zoster nach Arsengebrauch nur selten beobachtet wird. Auf der Heidelberger medizinischen Klinik wurden in den letzten zwei Jahren überhaupt nur drei Zosterfälle klinisch behandelt, von denen einer einen Kranken mit Magencarcinom betraf, der nie Arsenik erhalten hatte. Die beiden anderen dagegen betrafen Patienten, welche unter einer länger dauernden Arsenikbehandlung gestanden hatten. Um die Frage zu entscheiden, ob der Zoster direkt auf die Arsenmedikation zurückzuführen sei, müfsten Fälle herangezogen werden, bei denen neben Herpes zoster speziell solche Hautaffektionen gleichzeitig auftraten, welche man mit Sicherheit auf Arsengebrauch zurückzuführen pflegt.

Verfasser beschreibt die Krankengeschichte eines Falles bei einer 50jährigen, an malignen Lymphomen leidenden mit Arsenik behandelten Patientin mit, die unter schweren Allgemeinerscheinungen neben einem zweifellosen Herpes zoster einen universellen Bläschenausschlag bekam. Die Deutung dieses Ausschlages machte anfangs Schwierigkeit. Im weiteren Verlaufe trat bei der Patientin an Handtellern und Fufssohlen eine umschriebene Hyperkeratose auf. Der Zoster sowohl wie der Bläschenausschlag zeigten im weiteren Verlaufe gleichzeitige frische Nachschübe und andere Ähnlichkeiten, dafs man ohne Bedenken eine enge Beziehung zwischen beiden Affektionen annehmen kann, zumal der generalisierte Bläschenausschlag stellenweise eine Neigung zur Bildung von Gruppen verriet, welche lebhaft an solche des Herpes zoster erinnerten. Ein Fall von Rasch ist der einzige in der Litteratur publizierte, welcher dieselbe Kombination von Hautsymptomen bei Arsengebrauch zeigte, wie der vorliegende. Verfasser glaubt deshalb aus seiner Beobachtung einen neuen klinischen Beweis für die Existenz des „Arsen-Zoster" herleiten zu dürfen. Welche spezielleren Gründe in dem einen Falle zum Entstehen eines Herpes zoster nach Arsengebrauch führen, in dem anderen aber nicht, dafür fehlen alle genaueren Anhaltspunkte.

III. **Vorläufige Mitteilungen über Syphilisimpfungen am Tiere,** von G. Hügel und K. Holzhäuser-Strafsburg. Angeregt durch die von Adrian angestellten Versuche über Syphilisimpfungen am Tiere (vergl. Referat in den *Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. 28, S. 354) haben die Verfasser neuerdings weitere Versuche nach dieser Richtung hin angestellt. Das Resultat derselben ist folgendes: Bei einem weiblichen Schweine, welchem subcutan Blut eines Sekundärsyphilitischen injiziert war, wurde nach 14 Tagen Auftreten von indolenten Inguinaldrüsen, nach einem Monat Roseola, nach sechs Wochen jedenfalls ein grofspapulo-makulöses Syphilid beobachtet. Ferner wurde bemerkt, dafs das Schwein im Wachstum zurückbleibt. Bei einem Eber, dem eine Sklerose eingenäht war, traten niemals Erscheinungen auf, die darauf hindeuten, dafs das Syphilisgift sich in dem Körper desselben verbreitet hat.

Auf Grund der früheren Resultate von Martineau, Hamonic und Adrian und der vorliegenden Ergebnisse glauben die Verfasser, dafs das Syphilisgift auf Warmblüter und zwar speziell zunächst auf das Schwein übertragbar ist.

IV. **Zur Histopathologie der Pityriasis rosea Gibert,** von C. Hollmann-Berlin. Über die histologischen Veränderungen, welche durch die Pityriasis rosea de Gibert hervorgerufen werden, existieren bisher aufser dem betreffenden Abschnitt in

Unnas Histopathologie der Hautkrankheiten nur noch die Arbeiten von Tandler und von Löwenbach. Verfasser hatte Gelegenheit an vier in Dr. Blaschkos Klinik behandelten Fällen eingehendere Untersuchungen über die Histologie der Pityriasis rosea anzustellen. Von jedem der Patienten wurde je eine Effloreszenz excidiert. Die vier Hautstücke zeigten verschiedene Entwickelungsstadien des Krankheitsprozesses von dem seit 1—2 Tagen bestehenden, hirsekorngroßen, kaum merklich erhabenen Fleck bis zur mehr als linsengroßen Papel. Die Befunde sind je nach dem Entwickelungsgrad, den die Pityriasiseffloreszenzen erreicht haben, wesentlich verschieden. Bei den jüngeren, makulösen Effloreszenzen fallen vorwiegend die Veränderungen der Cutis ins Auge. Man findet hier neben starker Erweiterung des oberflächlichen Gefäßnetzes ein mehr oder weniger stark ausgesprochenes, perivaskuläres Zelleninfiltrat im Papillarkörper und in den subpapillären Schichten der Cutis und ein ebenfalls auf die obere Cutisschicht beschränktes Ödem. Die pathologischen Veränderungen in der Epidermis sind während dieses Stadiums gering. Sie bestehen in mäßiger Wucherung der Stachelschicht, in mäßigem, parenchymatösen und intercellulären Odem der interpapillaren Epithelleisten und in Einwanderung vereinzelter Leukocyten in das Rete. Bei etwas älteren Psoriasiseffloreszenzen findet man starke Zunahme sämtlicher pathologischer Veränderungen in der Cutis, wie in der Epidermis. Das Epithel erfährt durch das vermehrte intercelluläre Odem eine Umwandlung, welche Unna als „spongoide" bezeichnet und bei allen feuchten Formen des Ekzems vorgefunden hat. Durch den Status spongoides kommt es im weiteren Verlaufe zur Bildung kleiner, subkornealer Bläschen, deren Inhalt aus Serum und spongoid veränderten Epithelzellen besteht.

Der Verfasser hat auf Grund seiner Untersuchungen die Überzeugung gewonnen, daß der Krankheitsprozeß in der Cutis seinen Anfang nimmt und erst später auf die verschiedenen Epithelschichten übergreift. Dadurch erklärt es sich auch, daß die bisher über Pityriasis rosea veröffentlichten Arbeiten zu verschiedenen Resultaten gekommen sind. Die Befunde entsprechen den verschiedenen Entwickelungstadien der Krankheit.

V. **Einiges über die Bartholinitis**, von G. Hügel-Straßburg. Nach einigen Bemerkungen über die einschlägige Litteratur beschreibt der Verfasser die normale Anatomie und Physiologie der Bartholinischen Drüse, geht dann zu den Erkrankungen derselben, namentlich zur Bartholinitis blennorrhoica über, zu deren definitiver Beseitigung er folgende von Prof. Wolff geübte Operationsmethode empfiehlt: „Er fixiert zunächst die Drüse mittelst einer starken, gekrümmten Nadel, die senkrecht auf einen Nadelhalter angebracht ist, indem er die Drüse von oben nach unten durchsticht. Dann incidiert er auf der inneren Fläche der kleinen Labie, direkt auf die Drüse. Während er sich den Nadelhalter durch einen Assistenten halten und die Drüse etwas heranziehen läßt, präpariert er Schicht für Schicht die Drüse von den sie umgebenden Geweben los; hierauf Vernähen der Wunde und Tamponade der Vagina, um die Asepsis und Trockenheit der Wunde möglichst zu erhalten."

In der letzten Zeit wurde noch eine andere Methode angewandt:

„Es wird ein 1—3 cm langer Schnitt — je nach der Größe der erkrankten Drüse — durch die Haut gemacht, und zwar in der Hautfalte, die zwischen der großen und kleinen Labie liegt, wird die Drüse mit der Wolffschen Nadel angespießt, von einem Assistenten an sich herangezogen, worauf sie sich leicht herausschälen läßt; Anlegung von 2—3 Nähten. Die Operation kann bei nicht zu sensiblen Patientinnen unter lokaler Anästhesie ausgeführt werden."

Bei der letzteren Methode tritt die Heilung rascher ein, als bei der ersteren. Sie ist allerdings blutiger, als diese, und muß bei varikösen und kongestiven Zuständen vermieden werden.

VI. **Über die Beziehungen des Lupus erythematosus zur Tuberkulose,** von Friedrich Roth-Mainz. (Fortsetzung.) Der Verfasser stellt im vorliegenden Abschnitte seiner Arbeit aus der Litteratur wie aus der Krankenhaus- und Privatpraxis von Dr. Herxheimer die Krankengeschichten von Fällen zusammen, welche Beziehungen des Lupus erythematosus zur Tuberkulose in mehr oder weniger unzweideutiger Weise gezeigt haben; und zwar

I. Fälle, wo irgend welche Zeichen von Tuberkulose oder Skrophulose notiert wurden;

II. Fälle, wo keine Zeichen von Tuberkulose oder Skrophulose notiert wurden. (Schluſs folgt.) *C. Berliner-Aachen.*

Dermatologische Zeitschrift.

Band 7, Heft 1. 1900.

I. **Die Prophylaxe der Syphilis durch ihre Behandlung,** von Alfred Fournier-Paris. Aus der sehr interessanten und instruktiven Arbeit, die wir in toto durchzulesen den Lesern der Monatshefte wärmstens empfehlen, führen wir die Schluſssätze an:

1. Im Namen der Vernunft und der Erfahrung sind die Maſsnahmen der Behörden, welche heutigen Tages unsere einzige Schutzwehr gegen die Syphilis und die venerischen Krankheiten bilden, absolut ungenügend. Sie bewirken das wenige Gute, was man sie erreichen läſst, aber mehr können sie uns nicht geben.

Sie zu erhalten, ist Sache einer klugen und weisen Politik. Aber im Interesse aller ist es dringend notwendig, daſs man besseres zu leisten sucht. Nun ist es aber nicht zweifelhaft, daſs ein ernsthaft zu nehmender Grundstock für die Prophylaxe geliefert werden könnte durch eine groſs angelegte Einheit von medizinischen Maſsnahmen, die die Sterilisation der Syphilis in ihren Gefahren für die Mitwelt zu ihrem Wirkungskreis zu nehmen hätte. Darin läge, wenn man es so nennen will, eine Prophylaxe durch die Behandlung.

2. Wird bei dem thatsächlichen Zustande der Verhältnisse unsere Krankenhausorganisation so aufgefaſst und geleitet, wie sie es sein könnte und sein sollte, um dieser speziellen Absicht der Prophylaxe zu entsprechen? Nein, und ganz gewiſs nein!

Denn man kann die Syphilis nicht mit Krankenhäusern behandeln und sterilisieren, wohl aber mit einem tüchtig organisierten System von Polikliniken.

Unsere Krankenhauspolikliniken für Syphilis sind nun aber so, wie sie gegenwärtig betrieben werden, weit eher dazu angethan, die Kranken fortzuscheuchen, als sie dorthin zu locken und da zu fesseln. Und dies, weil die genannten Polikliniken an Zahl ungenügend und infolge dessen aufs äuſserste überlaufen sind; ferner, weil sie, anstatt kostenlos zu sein, die Patienten pekuniär drückend belasten, die bei der groſsen Zahl von Kranken gezwungen sind, oft Stunden lang zu warten, und die auf diese Weise um ihren Arbeitslohn gebracht werden; endlich weil sie in ihrer thatsächlichen Form unmanierlich, ungefällig, unschicklich, garstig und greulich sind, indem sie die Patienten zwingen, öffentlich ihre Syphilis gleichsam zu beichten.

3. Faſst man sie aber in einem ganz anderen Sinne auf, so sollte die prophylaktische Behandlung der Syphilis möglichst viele Heilstätten haben, die an die Krankenhäuser angegliedert sind. Diese Heilstätten müſsten methodisch über die verschiedenen Stadtviertel der Hauptstadt verteilt liegen. Sie müſsten an für die Patienten günstigen Tagen und Stunden, vielleicht sogar abends abgehalten werden, wenn ein Versuch in diesem Sinne vom Pariser Publikum günstig aufgenommen würde. Sie müssen mit unentgeltlicher Verteilung der Medikamente arbeiten. Sie

müssen ferner mit dem praktischen und unentbehrlichen System der Personalkarten arbeiten, das darin besteht, daſs jeder Patient eine Karte hat, auf der das Datum jedes Besuches, die Symptome zur Zeit desselben und die vorgeschriebene Behandlung in ganz wenigen Worten notiert werden.

Endlich muſs in diesen Heilstätten jedem Kranken auf der Rückseite jedes Rezeptes eine elementare Instruktion gegeben werden, welche geeignet ist, ihn über die Gefahren der Syphilis aufzuklären, und zwar nicht allein seinetwegen, sondern mit Rücksicht auf die Mitwelt.

4. Und vor allem müſste man an Stelle des unerträglichen Systems der öffentlichen Untersuchung im Schub die individuelle, private und diskrete Untersuchung setzen. Verfasser nimmt deshalb energisch für den poliklinischen Patienten das bis dahin allein dem Privatpatienten zugestandene Vorrecht in Anspruch, das Vorrecht der vertraulichen Zwiesprache mit dem Arzt. Die Patienten der Poliklinik sollten einzeln in das Untersuchungszimmer geführt und dort allein, hinter verschlossenen Thüren examiniert und untersucht werden. Jeder Kranke sollte, um die Zeit der Konsultation möglichst abzukürzen, sich im Nebenzimmer, wenn die Reihe an ihn kommt, entkleiden und sich nach Beendigung der Konsultation nebenan wieder anziehen. Dies geschieht am besten, indem man dem Untersuchungszimmer eine Reihe kleiner Kabinen zu diesem Zwecke anschlieſst.

5. Wenn die Polikliniken so zur Hauptstütze des vorgeschlagenen Systems werden, so würden sie einen völlig in sich abgeschlossenen Dienst bilden, der den Direktoren der Krankenhäuser anvertraut ist.

6. Es läge ein allgemeines Interesse, wie ein wissenschaftliches Interesse darin, daſs die Behandlung der Syphilis und der venerischen Krankheiten einer Klasse von Medizinern anvertraut würden, die auf allen Stufen ihrer Rangordnung sich durch spezielle Prüfung ergänzen würde, und wenn dieser medizinische Dienst seine volle Selbstständigkeit hätte, etwa nach Art des Stabes der Geburtshelfer in den Krankenhäusern.

7. Kurz, es wäre nützlich, wenn in dieser neuen Organisation alles sich begegnen und einmünden würde, wie ein Ganzes und seine Teile nach diesem Gegenstande, der Prophylaxe, welche sich aus Mitteln medizinischer Art herleitet.

8. Endlich weiſs sich alle Welt in dem Wunsche einig, daſs das Studium der venerischen Krankheiten auf die eine oder die andere Art vertieft werde. Es wäre doch schön, wenn diese Wünsche nicht ewig platonisch blieben.

II. **Die Nierensyphilis**, von J. J. Karvonen. (Vergl. das Referat über den allgemeinen Teil der Nierensyphilis in den *Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. 28, S. 42.)

a. Die Nierenerkrankungen infolge der acquirierten Syphilis. Obgleich nicht mehr zu zweifeln ist, daſs spezifische syphilitische Nephritiden wirklich existieren, so ist doch die Einteilung derselben und die Einregistrierung der einzelnen, in der Litteratur publizierten Fälle in die verschiedenen Gruppen sehr schwer, da den meisten syphilitischen Nierenaffektionen, charakteristische von anderen, gewöhnlichen Nierenaffektionen wohl unterschiedene Merkmale abgehen.

Im allgemeinen die Einteilung Senators acceptierend, hat Verfasser die bei acquirierter Syphilis beobachteten Nierenerkrankungen folgendermaſsen gruppiert:

1. die akute (und subakute) Nephritis,
2. die chronische diffuse Nephritis, ohne sehr ausgesprochene Induration,
3. die chronische indurative und narbige Nephritis,
4. die Nierensyphilome.

Der Verfasser bespricht eingehend die einzelnen Gruppen und bekräftigt das Gesagte durch Krankengeschichten aus der eigenen Praxis wie aus der einschlägigen Litteratur. (Fortsetzung folgt.)

III. **Über die Behandlung der Syphilis im allgemeinen und über diejenige der Tabes postsyphilitica im besonderen**, von H. Tschiriew-Kiew. Verfasser ist auf Grund langjähriger Beobachtungen, die er als Neurologe am Militärlazareth in Kiew gemacht hat, namentlich angesichts der Thatsache, dafs die meisten Erkrankungen des Centralnervensystems unter den Offizieren daselbst sich auf postsyphilitische Affektionen beziehen, zu der Überzeugung gelangt, dafs die Syphilisinfektion eine konstitutionelle Krankheit und als solche niemals vollständig heilbar sei. Weiter hat der Verfasser die Erfahrung gemacht, dafs die gleichzeitige Behandlung mit Quecksilber und Jod, besonders mit den Jodquecksilberpräparaten die Wirksamkeit des Quecksilbers eher abschwächt als verstärkt, indem die Jodpräparate, ehe sie irgendwelche Einwirkung ausgeübt haben, sich sofort mit dem Quecksilber vereinigen und die Ausscheidung des letzteren aus dem Organismus beschleunigen. Aus diesem Grunde ist diese gemischte Behandlung, weil sehr wenig wirksam, nach der Ansicht des Verfassers entschieden zu verlassen. Unter den verschiedenen Methoden der Einverleibung des Quecksilbers empfiehlt der Verfasser als die wirksamste die Einreibungen mit Quecksilberseife oder Quecksilbersalbe. Seine Behandlung ist folgende: Täglich ein Bad von 35° C. und 20—30 Minuten Dauer, ½—1 Stunde später die Einreibung, wobei der Rücken und die Seitenteile ganz besonders berücksichtigt und täglich eingerieben werden. Sechs Tage nacheinander müssen die Einreibungen gemacht und am siebenten nur ein Bad genommen werden. Die Behandlung wird fünf bis sechs Wochen fortgesetzt, wo es geht, am besten in einem Schwefelbade wie Aachen, Pjatigorsk etc. Auf die Mundpflege, regelmäfsige Stuhlentleerung und gute Verdauung ist sorgsam zu achten. Erst nach Beendigung der Einreibungen schliefst der Verfasser an dieselben eine mehrwöchentliche Jodkur an.

Unter den syphilitischen Spätaffektionen des Nervensystems begegnet man am häufigsten der Tabes dorsalis atactica. Die Ursache für diese Erkrankung sieht Verfasser in unzureichender Behandlung der Syphilis zur Zeit des primären oder sekundären Stadiums, gleichzeitig aber auch in Alkoholexcessen und häufigen Erkältungen namentlich der unteren Extremitäten auf Reisen oder auf der Jagd.

Was nun die Behandlung der Tabes dorsalis syphilitica betrifft, so kann, meint der Verfasser, von einer vollständigen Heilung natürlich nicht die Rede sein, denn eine bereits eingetretene Sklerose des Rückenmarks kann man nicht zur Rückbildung bringen; das einzige, was sich erreichen läfst, ist, dafs man jene syphilitischen Veränderungen des Rückenmarks, welche gewöhnlich die Sklerose einleiten und die Erscheinungen der Tabes atactica verstärken, durch eine energische antisyphilitische Kur zum Schwinden und den Prozefs so zu einem Stillstand bringt. Daneben mufs auf die Erhaltung der untergehenden nervösen Elemente und auf die Linderung der schweren lanzierenden Schmerzen hingearbeitet werden. Um die zu Grunde gehenden nervösen Elemente zu erhalten, empfiehlt Verfasser:

1. Seitliche Douchen nach Charcot auf den Rücken unter einem Druck von 2—3 Atmosphären, beginnend mit 22° C. und täglich um ½° C. bis auf 12° C. heruntergehend. Die Dauer der Douche beträgt 1—½ Minute; wenn die Douchen 12° C. erreicht haben, werden sie bei dieser Temperatur fortgesetzt und mit heifsen Bädern von 35° verbunden.

2. Elektrisieren des Rückenmarks und der Medulla oblongata mit dem konstanten Strom und des Urogenitalapparates mit dem faradischen Strom oder mit statischer Elektrizität.

3. Alle 10—14 Tage Kauterisation der Wirbelsäule mit dem Paquelin — gewöhnlich an zehn Stellen beiderseits neben der Mittellinie.

4. Bei starkem Verfall der Funktionsfähigkeit der Rückenmarkscentren für das Urogenitalsystem, das Erektions- und Defäkationscentrum zweimal täglich innerlich Strychninum nitricum in Pillen à 0,002. *C. Berliner-Aachen.*

Annales des maladies des organes génito-urinaires.

1899. Heft 12.

1. **Über die Behandlung der Impotentia virilis,** von Zabludowski. Die vom Verfasser empfohlene Behandlungsmethode besteht im wesentlichen in systematischer Massage der Genitalien und der diesen benachbarten Partien (Perineum, Leistenbeuge, Innenseite der Oberschenkel, Abdomen), sowie der Lumbal- und Sakralgegend, der Occipital-, Cervikal- und Interkostalnerven. Während der 6—8wöchentlichen Kur ist jeder Kohabitationsversuch zu unterlassen, dagegen sind Waschungen des ganzen Körpers mit Wasser von Zimmertemperatur, sowie körperliche Übungen zu empfehlen. Die Resultate sind bei funktionellen Störungen im Genitalapparat, seien sie paralytischer oder spastischer Natur, in der Regel ausgezeichnet.

2. **Behandlung der Prostataeiterungen mit Punktion durch die Rektalwand und nachfolgenden antiseptischen Spülungen,** von Guiard. Der Verfasser empfiehlt, Prostataabscesse vom Rectum aus zu punktieren und die Abscefshöhle dann ausgiebig mit 1‰iger alkoholischer Sublimatlösung auszuspülen. Die Operation wird in Narkose unter Verwendung eines Simsschen Spekulums ausgeführt. Eine Infektion durch Fäces ist bei dieser Methode so gut wie ausgeschlossen, Verletzung gröfserer Gefäfse kann leicht und sicher vermieden werden. Das angegebene Verfahren, Punktion mit nachfolgenden antiseptischen Spülungen, läfst sich möglicherweise auch bei anderen Eiterungen mit Erfolg anwenden, z. B. bei Eiterungen im Becken, bei Pyosalpinx, bei Abscessen der Ligamenta lata, dann bei Drüseneiterungen am Halse, in der Brust und in der Leiste; es würden auf diese Weise einerseits gefährliche Operationen und bedauerliche Verstümmelungen, andererseits die Entstehung häfslicher Narben vermieden.

3. **Die Ätiologie der infektiösen Cystitis,** von Calcar. Die vom Verfasser angestellten Untersuchungen und Versuche ergaben folgendes Resultat: In sehr vielen Fällen von infektiöser Cystitis findet die Infektion nicht von der Urethra, sondern vom Darm aus statt, und zwar gelangen die Bakterien nicht auf dem Wege der Blutcirkulation oder durch Vermittelung der Nieren, sondern durch direkte Überwanderung, wahrscheinlich auf subperitonealem Wege, in die Blase. Die wichtigsten zur Entstehung einer infektiösen Cystitis prädisponierenden Momente sind Urinretention und Dilatation der Blase. Diese Zustände erfordern daher nicht nur regelmäfsige und vollständige Entleerung der Blase, sondern auch regelmäfsige und vollständige Entleerung des Darmes. Denn das Vorhandensein von harten Kotballen im Rectum verursacht leicht oberflächliche Verletzungen der Rektalschleimhaut und erleichtert dadurch das Überwandern der Kolibakterien in die Blase.

4. **Ein Fall von juxta-urethraler kongenitaler Fistel des Orificium urethrae externum,** von Toubert. Bei einem Manne, der wegen Blennorrhoe ins Spital kam, fand sich über dem Orificium urethrae, durch eine quere Scheidewand von ca. 2 mm Dicke von diesem getrennt, ein zweites Orificium, das in einen ca. 1 cm langen Blindsack führte; derselbe stand mit der Urethra nicht in Kommunikation und war nicht infiziert. Es handelte sich um eine äufsere, blind endigende, juxta-urethrale Fistel, die zwar praktisch ohne Bedeutung, aber embryologisch von grofsem Interesse ist.

Götz-München.

American Journal of Dermatology and Genito-Urinary Diseases.
Januar 1900.

1. **Einige Beobachtungen über Enthaltsamkeit als Faktor bei Gesundheit und Krankheit,** von REMONDINO-San Diego. Wird nach Erscheinen des Schlusses zur Besprechung gelangen.

2. **Scharlachfieber,** von VINCENT-Washington. Der Verfasser legt das Maximum der Scharlachheredität zwischen das fünfte und sechste Lebensjahr. Zu dieser Höhe führt für die ersten fünf Jahre eine langsame, gleichmäfsige Steigung, für die folgenden Jahre nach dem sechsten ein schneller Abfall. Die Latenzzeit beträgt 48 Stunden bis 10 Tage, meist 6 Tage oder etwas weniger. Es folgt die Besprechung der klinischen Formen und Symptome der Krankheit. Die Pathologie und Ätiologie wird nur gestreift, neuere Ergebnisse nicht berücksichtigt. Der Scharlacherreger, den mehrere Autoren gefunden haben wollen, wird gar nicht erwähnt. Was die Prophylaxe betrifft, so fordert VINCENT sowohl für die einfache Scarlatina, wie die diphtheritische und septische Form strenge Desinfektion sowohl des Kranken wie seiner Exkrete, der von ihm gebrauchten Gegenstände und der umgebenden Personen. Die Therapie bringt Bekanntes. Verfasser ist Anhänger der Bäderverabreichung zur Reinigung und Herabsetzung des Fiebers.

3. **Die operative Behandlung der Prostatahypertrophie,** von YOUNG-Baltimore. Verfasser geht die bisher empfohlenen Methoden der Therapie dieser Affektion durch. 1. Systematisches Katheterisieren. Gefahr der Blaseninfektion und dadurch relative Schwächung des schliefslich doch noch zur Operation kommenden Kranken. 2. BOTTINIS Galvanokauterisation, 1876 von diesem eingeführt, nach schlechten Erfahrungen von FREUDENBERG wieder aufgenommen. Verfasser hält die Methode für vielversprechend in gewissen Fällen, vermifst aber eine genügende Erfolgstatistik. 3. Kastration, 1893 von WHITE empfohlen. Die Methode hat psychische Bedenken betreffs des Selbstbewufstseins des Operierten, auch bleibt oft der Erfolg, besonders auf stark sklerotische Vorsteherdrüsen aus. 4. Prostatektomie. Verfasser führt fünf von ihm so operierte Fälle an, in deren drei das Resultat der Operation ausgezeichnet war (53-, 55- und 64jähriger Mann). Letztere wird am besten durch kombinierte suprapubische und perineale Incision ausgeführt. Hauptsache ist radikale Entfernung auch der Seitenlappen. Die Elektrokauterisation erfüllt ihren Zweck bei Personen, die zur Prostatektomie und Allgemeinnarkose zu schwach sind. Die Erfolge sind oft augenblickliche, doch weifs man nicht, ob sie von Dauer sind.

4. **Einige Beobachtungen über die gewöhnlichsten Formen der Impotenz,** von CHIPMANN-Waterburg. Die auf physischer Grundlage beruhende Impotenz ist meistenteils permanenter Natur, die auf psychischen Einflüssen basierte mehr vorübergehender Art. Abgesehen von den angeborenen und erworbenen Bildungsfehlern, haben wir es bei der physisch verursachten Impotenz zum grofsen Teil mit einer Hyperämie und konsekutiven Hyperästhesie der Urethra posterior zu thun. Der geringste Grad ist hierbei die reizbare Schwäche, wobei neben kräftiger Erektion prämature Ejakulation erfolgt. Von diesem schwächsten Grade giebt es alle Stufen bis zur totalen Unfähigkeit einer Erektion und wirklichen Ejakulation. Die Mehrzahl der psychisch Impotenten ist melancholisch. Es findet sich zwar eine kleinste anatomische Veränderung krankhafter Natur in Wirklichkeit bei ihnen vor, sie entspricht aber nicht im entferntesten den starken Symptomen der Impotenz, wie sie solche Kranke aufweisen. Dieser sogenannten gemischten Form der Impotenz begegnen wir am häufigsten. Die Pathologie des psychischen Unvermögens deckt sich mit der Neurasthenie. Zu erfolgreicher Therapie gehört vor allem das Vertrauen des Patienten, daneben kommen in Betracht kräftige reizlose Ernährung, Salzwasserbäder und Zerstreuungen. Bei

schwachen Erektionen thut der faradische Strom gute Dienste. Dieser, kalte Sonden, Psychrophore und lokale Caustica sind bei hyperämischen und hyperästhetischen Zuständen der tiefen Harnröhre zu empfehlen. Daneben Nux vomica, Damiana und Huxams-Tinktur (deren Zusammensetzung leider nicht angegeben wird — D. Ref.).

5. **Phimose bei Neugeborenen**, von Bartholomew-Chicago. Ein geringer Grad von Phimose ist der normale Zustand bei neugeborenen männlichen Kindern. Zuweilen bestehen daneben Adhäsionen leichtester Konsistenz. Beim Fehlen solcher reponiert sich die Phimose durch Erektionen von selbst. Beim Vorhandensein von Verwachsungen erzielen die Erektionen nur eine Verlängerung der Vorhaut. Solche Rüsselpräputien findet man denn auch bekanntlich häufig bei kleinen Kindern. Die verlängerte Vorhaut ist, wie gesagt, das Produkt einer mechanischen Dehnung, nicht etwa des Wachstums. Prophylaktisch wird man also die Vorhautverwachsungen frühzeitig lösen müssen, was durch einfachen Zug schon möglich ist zu bewirken. Auf diese Weise verüberflüssigt sich die Circumcision, deren Folgezustand der unbedeckten Glans nach dem Verfasser nicht entfernt die ihm zugesprochenen Vorzüge bezüglich Schutz gegen Infektionen u. s. w. besitzt.

6. **Einige Phasen der Lues im frühen Lebensalter**, von Allen-New York. Krankengeschichten mit kurzen Bemerkungen über Diagnose der Plaques mucqueuses, Condylomata lata, Vererbung, Infektionsmöglichkeit, Prophylaxe und Therapie.

7. **Ein Fall von Impetigo contagiosa bullosa, Pemphigus vortäuschend**, von Faller-St. Louis. In der Frauenklinik von St. Louis erkrankte ein Kind an einem Blasenausschlag, der als Pemphigus diagnostiziert wurde. Befallen waren Gesicht, Rumpf und Mundschleimhaut. Die Blasen, rund und andere unregelmäfsig, entstanden auf anscheinend gesunder Haut, ohne Hof, breiteten sich weder peripherisch aus noch heilten sie central und zeigten wenig Neigung zu Trübung und Ruptur. Vor völliger Heilung erkrankte ein daneben liegendes Kind an typischer Impetigo contagiosa.

8. **Sycosis-Verruca, Keloid, Alopecia circumscripta**, von Shoemaker-Philadelphia. Kasuistik dreier Fälle. Bezüglich der Behandlung der Sycosis widerrät der Verfasser die Epilation, ebenso das Rasieren, obgleich die Medikamente auf der rasierten Haut wirksamer sind als auf der nichtrasierten. Beides vermehrt jedoch die Entzündung. Neben den bekannten Medikamenten empfiehlt Shoemaker mit Opium versetztes Bleiwasser, oder Zink- und Bleiacetatlösungen. Fürs chronische Stadium wendet er ebenfalls Schwefel, Theer, Naftol und Karbolsäure an wie andere Autoren daneben Merkuroleat. Spirituosen, Thee und Kaffeegenufs verwirft der Verfasser gänzlich. Im vorliegenden Fall verordnet er innerlich Argentum nitricum als Toxicum. Der Patient leidet noch aufser an seiner Sycosis an Warzen. Neben der Verruca communis, der Verruca senilis und der fingerförmigen Verruca digitata rechnet S. auch das Papillom oder Condyloma acuminatum zu den Warzen. Bei sehr zahlreichen Warzen ist die Elektrolyse angebracht. Man bedient sich am besten der Platinnadel, führt in die Warze ein, läfst einen Strom von 24—30 Milliampères kurze Zeit durchgehen, bis die Warze blässer wird. Dann fällt sie unter Einschrumpfen in 4—5 Tagen ab, ohne eine Narbe zu hinterlassen. Auch bei Keloid verwendet Shoemaker die Elektrolyse; er läfst den galvanischen Strom parallel zur Keloidoberfläche passieren. Bei Alopecia areata empfiehlt der Verfasser Merkuroleatsalbe neben Naftol, Jodschwefel, Resorcin, Thymol, Terpentin, Chrysarobin, Veratrin und Kanthariden.

9. **Psoriasis**, von Martin-St. Louis. Kurze Besprechung von Symptomen, Verlauf, Diagnose, Pathologie, Ätiologie und Therapie der Psoriasis. Nichts Neues.

Hopf-Dresden.

Archives of Surgery.

Jahrgang 1899.

Eine syphilitische Form der Mykosis fungoides, von JONATHAN HUTCHINSON. H. hat schon immer den Satz verteidigt, dafs viele bekannte Hautkrankheiten unter der Einwirkung der Syphilis ein verändertes Bild gewinnen. Hat er früher namentlich Fälle eines Lupus syphiliticus im Auge gehabt, so macht er uns jetzt mit einem Fall von Mykosis fungoides bekannt, die gleichfalls unter dem Einfluſs der Syphilis eine andere Symptomatologie darbot. Der betreffende 36jährige Patient hatte vor 17 Jahren Syphilis durchgemacht und kam jetzt in H.s Behandlung wegen eines Ausschlags, der aus Sixpence und Schilling-grossen Flecken bestand und die Unterextremitäten befallen hatte. Nur auf die linke Stirnhälfte hatte sich auch ein solcher Fleck verirrt. Die Flecke waren dunkelrot und sahen wie nichtulcerierter Lupus aus, erweckten aber entschieden den Verdacht auf Syphilis. Trotz mehrfacher energischer antisyphilitischer Behandlung, trotz Arsen und Schilddrüsenextrakt dehnte sich der Ausschlag auch auf den übrigen Körper, die Elemente fingen an zu ulcerieren und sich mit eitrigen Krusten zu bedecken, zwischen den Zehen wuchsen kleine schmerzhafte Papillome, die Körperkräfte verfielen und in einem Anfall von Melancholie beging Patient Selbstmord. — Die mikroskopische Untersuchung der Neubildungen ergab, dafs es sich um entzündliche Infiltration des Papillarkörpers und der Cutis mit nachfolgender Ulceration der Haut handelte. Das entzündliche Gewebe bestand aus kleinen Rundzellen ohne Verkäsung und ohne Riesenzellen; die Talg- und Schweifsdrüsen nehmen an dem Prozefs nicht Teil. — Die Diagnose war bis zuletzt zweifelhaft geblieben.

Über Dermatitis der Handteller und Fufssohlen, von JONATHAN HUTCHINSON. H. berichtet über mehrere Fälle von starker Keratosis der Handflächen und Fufssohlen, die mit Syphilis nichts zu thun hatten. Wohl aber wiesen die Patienten — aufser einem Knaben handelte es sich um Männer in den Dreifsigern — an anderen Körperstellen Ansätze von Psoriasis oder Lichen planus auf und Verfasser hält eine verwandtschaftliche Beziehung dieser Formen nicht für ausgeschlossen. In mehreren Fällen erzielte H. völlige Heilung, teils mit Hg., teils mit Arsen.

Weitere Bemerkungen zur Lepra, von JONATHAN HUTCHINSON. Es werden verschiedene Thatsachen und Gründe angeführt, die dafür sprechen, dafs die Ernährung mit rohen Fischen die Ursache der Lepra sei. Der Annahme, dafs letztere durch Moskitostiche erzeugt werde, kann H. nicht beipflichten.

Syphilis und Framboesia, von JONATHAN HUTCHINSON. Bei einem Patienten mit Schanker des Gliedes und der Oberlippe entwickelten sich an verschiedenen Körperstellen, namentlich aber in den Leisten und an den Nates, „Granulations-Papillome“ von mehr als 1/4 Zoll Höhe. Zum Teil waren diese Papillome zu unregelmäfsigen Massen zusammengewachsen, teils standen sie einzeln. Im ersteren Fall unterscheiden sie sich nur wenig von Kondylomen. Warum die Syphilis bald zur Bildung von Framboesia-ähnlichen Gewächsen, bald mehr zu Kondylomen oder „Yaws“ Veranlassung giebt, das hängt von Unterschieden der Rasse, des Alters, der Individuen ab.

Zur Bekämpfung der Lepra, von JONATHAN HUTCHINSON. Noch energischer tritt H. in dieser Abhandlung für seine Theorie ein, dafs die Lepra nur den Genufs von rohem Fisch zur Ursache habe. Er bestreitet sehr entschieden die Kontagiosität der Krankheit und weist auf die vielen Thatsachen hin, die sich mit der Lehre von der Kontagiosität gar nicht vereinbaren lassen. Auch dem Leprabacillus und der ganzen Bacillologie gegenüber nimmt er eine abweisende und abwartende Stellung ein und teilt den Standpunkt von LIEBREICH, der in dem Lepra- und dem Tuberkelbacillus und vielen ihrer Kollegen nur Nosoparasiten erblickt. Durch zunehmenden Wohl-

stand und zunehmenden Ackerbau sei die Lepra aus Europa verdrängt worden. Die Besserung der Volksernährung, der Ersatz des rohen getrockneten Fisches durch Fleisch und Pflanzenkost sei das beste Mittel zur Bekämpfung der Lepra. Leproserien seien nur gut, um den unheilbar Kranken eine behagliche Heimstätte zu bereiten, zu diesem Zweck seien sie aber sehr zu empfehlen.

War die Syphilis Ende des 15. Jahrhunderts eine neue Krankheit für Europa? Hutchinson hält dafür, dafs die Syphilis am Ausgang des 15. Jahrhunderts als neue Krankheit aus Amerika, vielleicht auch aus Afrika (Guinea) in Europa eingeschleppt sei. Neue Thatsachen zur Stütze seiner Ansicht hat er freilich nicht zur Hand, doch sind die neuen Gesichtspunkte, die er vorbringt, immerhin ganz beachtenswert. Wäre die Syphilis schon früher in Europa einheimisch gewesen, so liefse sich ihre plötzliche Ausbreitung über den ganzen Erdteil um 1495 in keiner Weise erklären. Weder aus der Natur der Seuche noch aus den Lebensgewohnheiten der Völker läfst sich diese Erscheinung begreiflich machen. Sie verliert aber alles Auffallende, wenn man annimmt, dafs sie aus dem eben entdeckten Amerika von den heimkehrenden Seefahrern eingeschleppt wurde. Mit Hülfe dieser Vermutung erscheint auch der plötzliche Nachlafs der Seuche um die Mitte des 16. Jahrhunderts nicht mehr so befremdlich. Die Lues mufste an Ausdehnung bald abnehmen, nachdem die Völker zum gröfsten Teil durchseucht waren, nachdem man erkannt hatte, dafs und auf welchen Wegen sie übertragbar sei und wie man sich vor Ansteckung schützen konnte. Die spärlichen Hindeutungen, die man bei griechischen, römischen und mittelalterlichen Schriftstellern auf die Syphilis findet, sprechen eher, so führt H. weiter aus, für als gegen seine Annahme. Wäre die Syphilis auch dem klassischen Altertum schon bekannt gewesen, so wäre ihrer viel häufiger und viel eingehender von Ärzten und Dichtern Erwähnung geschehen.

Unter der Überschrift „Syphilis“ (S. 260) berichtet H. über einzelne Fälle

Hereditäre Syphilis bei einem Kind von acht Monaten; Anschwellung von Humerus und von Ulna, vielleicht auch des Radius.

Herpes am Sitz eines ehemaligen Schankers, gleichzeitig in der Urethra und auf der Mandel.

Schwere Syphilis mit früh auftretenden Tertiärsymptomen, Ausgang in völlige Heilung.

Ausschlag im Anschlufs an die Impfung, der irrtümlich für Syphilis gehalten wurde.

Ein Fall von **Syphilis maligna**.

Sykosis keloides. (S. 232.) Unter der Bezeichnung Sykosis keloides — von anderen ist der Name Acne keloides bevorzugt — hat H. schon früher eigenartige Fälle veröffentlicht. Er versteht darunter Geschwülste der Haut von derber, narbenartiger Beschaffenheit, glatter Oberfläche und steilen Rändern. Sie sitzen vorzugsweise am Nacken und entwickeln sich aus Akne- oder Sykosisknötchen, indem die einzelnen Tuberkel zusammenwachsen. Die Papillen sind dabei immer ganz unbeteiligt. Aus der Geschwulstmasse ragen Haare in Büscheln hervor. Die Prognose ist eine günstige; H. hatte mit Kauterisationen guten Erfolg. — Von den fünf Fällen, über die hier berichtet wird, ist besonders der erste bemerkenswert, indem ein Teil des Keloids von selber ausgeheilt war und eine glatte, unbehaarte Fläche am Nacken zurückgelassen hatte. Im zweiten Fall hatte sich die Neubildung auf dem Boden eines lange bestehenden Ekzems am Knie eines Mädchens entwickelt. In den anderen Fällen handelte es sich um Männer und war der Sitz auf dem Nacken.

Ein Fall von akutem, herpetischem Pemphigus. (S. 239.) Dieser Fall betraf einen 15jährigen Knaben, bei dem sich im Anschlufs an Influenza Pemphigusblasen

auf der Schleimhaut des Mundes und Rachens, der Conjunctivae, der Glans penis, sowie auf der Haut des Körpers entwickelten; dabei bestand hohes Fieber und heftiger Husten. Nahrungsaufnahme und Schlaf in den ersten Tagen unmöglich. Ausgang in Heilung, aber sehr langdauernde Rekonvalescenz.

Bemerkungen über Insekten und andere Hautparasiten. (S. 361.) Besonders interessant sind die Mitteilungen über den Kornwurm, Harvest Mite, Leptus autumnalis, zu der Familie der Spinnen gehörig. Die Harvest Mite stellt die Larvenform dar und ist ein winzig kleines, nur durch die Lupe erkennbares Tierchen von meistens roter Farbe. Es haust in Bohnen-, Erbsen- und Johannisbeer-Stauden und kann sehr lästig werden. Es gräbt sich mit seinem Kopf in die Haut ein und läßt sich von hier in keiner Weise verjagen. Erst durch seinen Tod, der meistens nach 36 Stunden erfolgt, wird sein Wirt von ihm befreit.

Die übrigen Bemerkungen beziehen sich auf das gewöhnliche Ungeziefer: Fliegen, Flöhe, Wanzen und Läuse. Die Fliegen werden als die Verbreiter des ehemals so ausgedehnten Hospitalbrands und anderer Infektionskrankheiten, die Flöhe besonders als Übertrager von Syphilis verdächtigt. In zwei Fällen seiner Erfahrung hält H. dies für sehr wahrscheinlich. Auch der Lupus könnte in einer schon veranlagten Haut möglicherweise durch Flohstiche angeregt werden. Floh- und zuweilen auch Läusebisse sind nach Hutchinsons Ansicht gleichfalls die einzige Ursache der Urticaria pigmentosa. *Türkheim-Hamburg.*

Mitteilungen aus der Litteratur.

Angioneurosen.

In der Niederrheinischen Gesellschaft für Natur- und Heilkunde (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1900. No. 4) hielt Jacobsthal einen Vortrag über **die pathologische Anatomie der Barlowschen Krankheit**, in dem er den Beweis zu führen sucht, daſs es sich bei dieser Erkrankung um eine Krankheit sui generis handelt; es finden sich wohl Ähnlichkeiten in den Präparaten mit solchen, die von Rhachitischen stammen, aber das Gesamtbild der Knochenerkrankung ist ein abweichendes und eigenartiges. Hier finden sich frühzeitig und energisch eintretende Kalkablagerungen in dem neugebildeten Gewebe, bei Rhachitis dagegen liegt eine gesteigerte Produktion kalklosen Gewebes vor; hier ist die Grenze zwischen Knorpel- und Knochengewebe so scharf, wie nie bei Rhachitis. *F. Hahn-Bremen.*

Über die Pathogenese der Purpura, von Rocaz. (*Annal. de la Policl. de Bordeaux.* 1899. No. 12.) Verfasser berichtet über einen Fall von Purpura rheumatica bei einem 10jährigen Mädchen, welche plötzlich, unter Fiebererscheinungen nach einem anstrengenden Spaziergang aufgetreten war. Er weist auf das relativ ziemlich häufige Vorkommen von Purpura in Begleitung von nervösen Affektionen hin — Neuralgien, besonders Ischias, Tabes etc. Er ist aber keineswegs der Ansicht, daſs neben der infektiösen Purpura auch eine solche rein nervösen Ursprungs vorkomme; er meint vielmehr, daſs, wie bei allen Infektionen, so auch bei der Purpura zum Zustandekommen einer solchen neben einem infektiösen Keime eine Vorbereitung des Bodens zur Entwickelung desselben gehört. In letzterer Beziehung kommt aber

gerade das Nervensystem in Betracht, nach dessen Erschütterung die im Organismus zirkulierenden Toxine zur Entwickelung gelangen. *C. Müller-Genf.*

Purpura im Kindesalter, von PERRIN. (*Arch. de méd. des enfants.* Sept. 1899. Nach *Journ. d. Praticiens.* 1899. No. 48.) Der Verfasser unterscheidet: 1. Purpura rheumatica, 2. primäre infektiöse Purpura, 3. WERLHOFsche Krankheit, 4. die verschiedenen Arten von sekundärer Purpura, hervorgerufen durch eine mechanische Ursache (Keuchhusten, Epilepsie), oder durch eine Intoxikation (Medikamente, verdorbene Nahrungsmittel etc.), oder durch eine Infektionskrankheit. Die Purpuraflecken sind nichts weiter als die Manifestation eines toxischen oder infektiösen Zustandes auf der Haut. Die Prognose hängt nicht von dem Aussehen oder der Ausdehnung der Hautveränderungen, sondern von der Grundkrankheit ab. Diese ist in erster Linie zu behandeln. Aufserdem ist strenge Milchdiät indiziert, um eine relative Asepsis des Magendarmkanals zu erzielen, ferner Verabreichung salinischer Abführmittel, Lavements und absolute Bettruhe. *Göts-München.*

Hämorrhagisches Erythem bei BRIGHTscher Niere, von COLCOTT FOX. (*Brit. med. Journ.* 3. Juni 1899.) Eine 61jährige Frau, welche an Bronchitis und akuter Nephritis gelitten hatte, kam 14 Tage, nachdem sie das Krankenhaus verlassen hatte, mit stark gerötetem und geschwollenen Rachen, mit einigen erythematösen Flecken im Gesicht und Petechien an den Unterschenkeln wieder. Fünf Tage später, am 10. Januar war der Ausschlag über den ganzen Körper verbreitet. Die Flecken waren verschieden grofs, von Stecknadelkopf- bis Fingernagelgröfse, zeigten jedoch die Tendenz zu konfluieren und ganze Hautstrecken einzunehmen. Ihre Farbe war lebhaft rot und auf Druck nicht abblassend. Die kleineren Flecken waren mit deutlichen, hämorrhagischen Punkten versehen. Am 12. Januar sah der Ausschlag am ganzen Körper wie eine schwere Purpura aus. Der Fall verlief in wenigen Tagen letal. Nach der Ansicht des Verfassers entspricht der Ausschlag klinisch und seinem Verlaufe nach den Exanthemen akuter Infektionskrankheiten.

C. Berliner-Aachen.

Über einen Fall von Diphtherie mit Erythema nodosum und Gelenkschwellungen ohne Serumbehandlung, von ALBERT SCHÜTZE. (*Dtsch. med. Wochenschrift.* 1899. No. 49.) Die 25jährige mäfsig kräftige Frau erkrankte ziemlich schwer an Diphtherie; bakteriologisch wurde das Vorhandensein der LÖFFLERschen Bacillen im Diphtheriebelage sichergestellt; die Frau war nicht mit Heilserum behandelt, sondern nur mit Citronensaftpinselungen und Gurgelungen mit Kalium chloricum; sie besserte sich. Da erkrankte nach einigen Tagen ihr Kind schwer an Diphtherie, zugleich traten bei der Mutter Schwellungen in Fufs- und Kniegelenken, später auch in anderen Gelenken auf und es bildeten sich an den Unterschenkeln knötchenartige Flecke, die sehr schmerzhaft waren. Nach mehreren Tagen gingen diese Erscheinungen unter Natr. salicyl-Darreichung zurück. Die Wichtigkeit dieses Falles liegt darin, dafs hier Erscheinungen die sonst immer als Folgen des BEHRINGschen Heilserums angesehen werden, durch die Diphtherie verursacht wurden.

F. Hahn-Bremen.

Traumatische Entzündungen.

Eine einfache Methode zur Behandlung eingewachsener Nägel, von GERALD B. WEBB-Colorado Springs, Col. (*Med. News.* 23. Dez. 1899.) Speziell für hartnäckige Fälle und in der Absicht, dafs keine Deformität zurückbleibt, ersann W. folgende

Methode. Ein Silberdraht von der Dicke einer gewöhnlichen Nadel wird unter die freie Fläche des Nagels geschoben, und zwar an den seitlichen Ecken möglichst tief. Die beiden freien Enden des Drahtes (siehe Abbildung) werden an der Streckseite der Zehe mittelst Heftpflaster an die Haut befestigt. Auf diese Weise wird das eingewachsene Nagelstück durch die glatte, runde Oberfläche des Drahts frei gelegt und selbst Fälle mit Eiterung heilen rasch. Der Patient kann mit diesem Verband wie gewöhnlich in seinen Stiefeln umhergehen, und der einzige Nachteil soll sein, dafs er den Verband eben tragen mufs, bis der Zehennagel wieder ordentlich herauswächst.

Stern - München.

Pikrinsäure bei oberflächlichen Brandwunden, von J. MacDonald. (*Brit. med. Journ.* 13. Mai 1899.) Die Wahrnehmung, dafs bei den niederen Tieren und auch beim Menschen die Natur grofse oberflächliche Wunden rasch und schmerzlos unter Schorfen und Krusten zur Abheilung bringt, veranlafste den Verfasser, bei Brandwunden die Pikrinsäure anzuwenden, welche durch Härten der zwar losgelösten, aber noch vorhandenen Epidermis diese in einen grofsen, deckenden Schorf umwandelt. Unter diesem heilen Verbrennungen ersten und zweiten Grades rapide ohne Eiterung ab.

Die Methode ist folgende: Zunächst werden die punktierten Brandblasen flach gedrückt, hierauf wird ein Stück einfache Gaze in eine gesättigte, wässerige Pikrinsäurelösung getaucht, gut ausgedrückt und auf die Wunden aufgelegt, darüber kommt eine Lage aufsaugender Watte. Das ganze wird mit einer Gazebinde leicht verbunden, so dafs die Verdunstung begünstigt wird. Der Verband braucht nicht vor 4—5 Tagen erneuert zu werden, wenn nicht deutliche Anzeichen von Eiterung vorhanden sind.

Die Vorteile der Pikrinsäurebehandlung bestehen: 1. in der Einfachheit der Applikation; 2. in der Schmerzlosigkeit; 3. in der rapiden Heilung, welche zurückzuführen ist: a) auf die Epidermisation unter Krusten, b) auf eine Begünstigung des Epithelwachstums, c) auf ein Minimum der Eiterung; 4. in der Abwesenheit lokaler Reizung oder allgemeiner toxischer Einflüsse; 5. in der Bildung einer glatteren, natürlichen Narbe als man sie bei anderen Methoden erzielt. *C. Berliner-Aachen.*

Ein Fall von akuter Dermatitis, verursacht durch Hantieren mit Rhus toxicodendron, von F. Nicholson. (*Brit. med. Journ.* 4. März 1899.) Ein 19jähriges Mädchen fühlte eines Tages Prickeln und Brennen in beiden Händen und im Gesichte, die gleichzeitig auch gerötet und geschwollen waren. An beiden Handrücken bemerkte man hier und da zerstreute, verschieden grofse, rote Flecken, ebensolche in geringerer Zahl auch an den unteren Teilen der Vorderarme. Das Gesicht war gleichmäfsig geschwollen und gerötet. Sowohl an den Händen wie im Gesichte zeigte sich die Tendenz der Blasenbildung. Die übrigen Körperteile waren frei vom Ausschlag. Das Allgemeinbefinden der Patientin war völlig normal. Während der letzten fünf Jahre, die sie auf einem Landhause ihrer Eltern zugebracht hatte, war sie siebenmal von dem Ausschlage befallen worden, und zwar meistens im Monat August. In ursächlicher Beziehung konnte nachgewiesen werden, dafs die Patientin mit den Blättern von Rhus toxicodendron, welche frisch eine dunkelgrüne Farbe haben, hantierte, dafs ein Diener, der angewiesen war, die Pflanzen im Garten zu vernichten, einen scharlachartigen Ausschlag am ganzen Körper bekam. *C. Berliner-Aachen.*

Dermatitis als Folge von Orthoformapplikation, von G. E. Decken-Davenport, Jowa. (*New York med. Journ.* 25. Nov. 1899.) D. hatte das Orthoform in den letzten 1½ Jahren als vorzügliches anästhetisierendes und antiseptisches Pulver bei

kleineren Verletzungen bewährt gefunden, bei zwei Fällen jedoch, wo es sich um Quetschwunden handelte, trat eine Hautentzündung als Komplikation ein. Dieselbe bestand in starker Schwellung des betreffenden Gliedes (Fingers) mit Schmerzen und Unterminierung der Haut mit kleinen, konfluierenden Bläschen. In dem einen der Fälle ging die Hautaffektion auf einen Teil des übrigen Körpers, speziell den Hoden und die Beine über und verursachte beträchtliches Juckgefühl. Nachdem Orthoform weggelassen, die Wunden gehörig gereinigt (mit 3% Karbollösung) und mit Jodoformgaze resp. Acetanilid verbunden waren, trat nach 8 resp. 14 Tagen Heilung ein. (Da, wie wenigstens von dem einen Falle berichtet wird, die Wunde mit 1 : 1000 Sublimat vor dem Orthoformgebrauch gereinigt und mit Sublimatgaze verbunden worden ist, so dürfte mit dem gleichen Recht das Sublimat als Ursache der Dermatitis angesprochen werden.)

Stern-München.

Bullöse Dermatitis nach Jodoformgebrauch, von A. H. Watkins. (*Brit. med. Journ.* 20. Mai 1890.) Eine Wärterin bekam jedes Mal, wenn sie bei den ihrer Obhut anvertrauten Patientinnen mit Jodoform hantierte, an beiden Händen bis zu den Handgelenken grofse Blasen, deren Auftreten mit brennenden Schmerzen verbunden war. Der Ausschlag verschwand gewöhnlich ziemlich rasch unter Bleiwasserumschlägen, während die Schmerzen noch einen Tag andauerten.

C. Berliner-Aachen.

Ein Fall von knotigem Jodkalium-Exanthem, von R. Steiner. (*Wien. med. Presse.* 1899. No. 9.) Die 28jährige Patientin, die bereits seit längerer Zeit wegen Pseudoleukämie behandelt war, nahm in letzterer Zeit wegen Schmerzen im Unterleibe Jodkalium (12—14 Flaschen) zwei Efslöffel voll täglich, worauf sich im Verlaufe von einigen Wochen auf dem Gesichte und auf dem ganzen Körper ein Exanthem entwickelte. Dasselbe bestand hauptsächlich auf der unteren Thoraxpartie, dem Nacken, Rücken, sowie Beuge- und Streckseiten der Extremitäten aus linsen-, erbsen- bis haselnufsgrofsen, lebhaft entzündlich roten, stellenweise aber bereits mehr weniger tiefbläulich verfärbten und dann abgeflachten, auf Druck leicht zum Schwinden zu bringenden, stark schmerzhaften und ziemlich weich sich anfühlenden scharf begrenzten knotigen Efflorescenzen, teilweise in Plaques bis über Guldengröfse zusammenfliefsend, viele mit psoriasisähnlichen Schuppen bedeckt. Die Differentialdiagnose war zwischen Acne vulgaris, Bromakne, luetischem Exanthem und wuchernder Form des Pemphigus zu stellen.

A. Alpár-Alexandria.

Ein Fall von grofsknotiger Bromakne, von R. Steiner. (*Wien. med. Presse.* 1899. No. 33.) Die 40jährige Patientin litt beinahe vor jedem Partus vom sechsten Schwangerschaftsmonate an Krampfanfällen, wogegen sie Monate hindurch Brom genommen hat. Nun entwickelten sich auf der Streckseite der Hinterschenkel, so auch auf den Oberschenkeln linsen-, erbsen- bis hellergrofse zerstreut stehende rundliche, knotige, schwammig sich anfühlende, ungemein schmerzhafte Efflorescenzen. Die kleinen derselben, mehr lebhaft rote Färbung zeigend und in ihrer Lage immer einem Follikel entsprechend, hatten an ihrer Kuppe ein eitriges Bläschen. Durch Konfluenz derselben entstanden kupferrot verfärbte nufs- bis kreuzergrofse tuberöse Hervorragungen, aus denen sich smegmaartiger, dicker, gelblicher Eiter entleert. — Differentialdiagnostisch kamen bei diesem Falle das papulo-pustulöse Syphilid, Acne vulgaris, Jodakne in Betracht, welche jedoch aus dem Aussehen der Knoten ausgeschlossen werden konnten. Neben dieser Form ist noch das häufig zur Beobachtung gelangende ulceröse Exanthem bekannt, seltener bekommt man Erythema, Urticaria diffusa oder varicellenartiges Exanthem nach Bromgenufs zu Gesichte. Im Gegensatze zu den Jodexanthemen tauchen alle genannten Ausschlagstormen erst dann auf, wenn der

Organismus mit Brom in bedeutendem Maſse imprägniert, eventuell übersättigt wurde, und zwar sowohl bei Erwachsenen als bei Kindern. Die rasche Abheilung der Efflorescenzen kann wesentlich gefördert werden durch Anwendung von Burow-Umschlägen oder Applikation vom Emplastrum cinereum. *A. Alpár-Alexandria.*

Neurotische Entzündungen.

Neurotische Geschwüre des Mundes, sogenannte Stomatitis neurotica chronica, von W. K. Sibley-London. (*Brit. med. Journ.* 15. April 1899.) Der Verfasser beschreibt drei Fälle einer Affektion, die entweder als Pemphigus der Mundschleimhaut angesehen oder als einfache katarrhalische oder dyspeptische Geschwüre beschrieben wurden. In Wirklichkeit sind sie nach der Ansicht des Verfassers der direkte Ausdruck einer Trophoneurose, wie die drei Fälle beweisen, welche sämtlich hysterische, stark nervöse, beinahe geistesgestörte Frauen betrafen. — Die Geschwüre, welche sich von Aphtengeschwüren in der Mundhöhle kaum unterscheiden, zeigen eine ausgesprochene Chronicität, wie man sie beim Pemphigus nur selten antrifft.

C. Berliner-Aachen.

Neurotische Ulcera des Mundes, von Robert Kirk. (*Brit. med. Journ.* 20. Mai 1899.) Verfasser macht im Anschluſs an Sibleys jüngste Publikation darauf aufmerksam, daſs derartige Geschwüre möglicherweise mit Störungen der Schilddrüsenfunktion im Zusammenhange stehen. Risse auf der Zunge würden oft bei Myxödem beobachtet, und eine Patientin litt zeitweilig an einem brennenden Schmerz auf der Zunge und dies jahrelang, bis sie mit Schilddrüsenextrakt behandelt und von ihrem Leiden befreit wurde. — Eine andere Patientin konsultierte den Verfasser wegen profuser Menstruation und bemerkte, daſs sie während der letzten Periode einen brennenden Schmerz auf der Zunge und am harten Gaumen verspürt habe, daſs die unteren Augenlider und Lippen angeschwollen gewesen waren.

C. Berliner-Aachen.

Neurotische Ulcera des Mundes, von Arthur Court. (*Brit. med. Journ.* 20. Mai 1899.) Eine 36jährige Frau, Mutter von fünf Kindern, die sich früher stets einer guten Gesundheit erfreut hat, weder syphilitische, noch tuberkulöse Symptome zeigt, leidet seit zehn Jahren an chronischen Ulcerationen im Munde, die sich bessern, um nach wenigen Wochen wiederzukehren. Am schlimmsten sind sie, wenn die Patientin sich aufgeregt hat, wie überhaupt das Leiden im Anschluſs an anhaltende Sorgen und Angst, welche die Frau stark nervös gemacht haben, entstanden ist.

C. Berliner-Aachen.

Dermatitis herpetiformis, von Köhler. (*Münch. klin. Wochenschr.* 1899. No. 52.) Beschreibung eines typischen Falles von Dermatitis herpetiformis (Duhring). Die Patientin verfiel im Laufe der Krankheit einer zunehmenden Gemütsdepression, welche sie zweimal zu einem Selbstmordversuche trieb. *Göts-München.*

Prurigo ferox, von Barendt. (*Brit. med. Journ.* 22. April 1899.) Ein 13jähriger Knabe zeigte eine ausgesprochene „Ekzematisation" der Haut infolge unaufhörlichen Kratzens. Zwischen den Kratzeffekten sieht man jedoch deutlich die Prurigoknötchen, die dem Patienten so intensives Jucken verursachen und ihn zum Kratzen veranlassen. Am stärksten befallen sind Vorderarme und Schienbeine. — Die sogenannten „Prurigo-Bubonen" sind in der Leistengegend wie in den Achselhöhlen deutlich ausgesprochen. Die Haut an den von der Affektion freigebliebenen Stellen fühlt sich rauh an. *C. Berliner-Aachen.*

Über eine seltene Lokalisation des „Herpes im Verlaufe der kroupösen Pneumonie. (*Wien. med. Wochenschr.* 1899. No. 51.) Nicht immer sitzt der Herpes, der im Verlaufe der kroupösen Pneumonie als nicht unwesentliches diagnostisches Moment auftritt, an den Lippen. Verfasser sah in einem Falle eine Bläschenbildung an der Zunge zusammen mit dem Hervortreten einer neuen Infiltration hervortreten und mit der Krisis schwinden. — In einem anderen Falle beobachtete er mehrere Tage nach der Krisis symmetrische Bläschen beiderseits des Kreuzbeins, einige Centimeter vom Anus entfernt. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Neuralgischer Genitalherpes, von Casarini. (*Rif. med.* 1900. No. 15.) Mauriac bezeichnet jene Form des Herpes als neuralgische, welche von besonderen nervösen Störungen begleitet wird: Sensibilitätsstörungen, in die benachbarten Gegenden ausstrahlende Schmerzen, Gemütstrübungen etc. Zu dieser Kategorie würde denn auch der vom Verfasser beschriebene Fall gehören. Er betrifft einen 24jährigen Studenten, bei dem sich nach einem moralischen Schock ein Herpes des Penis entwickelte, der später öfters recidivierte und mit Sensibilitätsstörungen verbunden war: Hyperästhesie, Erhöhung des Druckgefühls im Gebiete des Nervus genitocruralis.

C. Müller-Genf.

Akute Exantheme.

Über die Koexistenz von Infektionskrankheiten, von F. C. Fitz Gerald. (*Brit. med. Journ.* 18. Februar 1899.) Verfasser behandelte Anfang Oktober des Jahres 1898 ein 17 Monate altes Kind mit Keuchhusten. In derselben Familie hatten vier Geschwister die Masern gehabt. Am 18. Oktober erkrankte das Kind mit den Prodromalsymptomen der Masern und zeigte am nächsten Tage den typischen Ausschlag. Alle Masernsymptome waren im Verlaufe einer Woche verschwunden, während der Keuchhusten sich noch bis in die sechste Woche hinzog. — In einem anderen Falle, der einen 14 Monate alten Knaben betraf, zeigte das Kind am 19. Augnst 1898 einen charakteristischen Varicellenausschlag mit mäfsigem Fieber. Am folgenden Tage war dieser verschwunden und an seiner Stelle hatte sich unter hochgradiger Temperatur am ganzen Körper ein Scharlachexanthem entwickelt. Der Rachen war stark gerötet und geschwollen. Das Kind genas ziemlich rasch unter profuser Desquamation.

C. Berliner-Aachen.

Die Ätiologie der Scarlatina, von Class. (Bei Wm. Warren. Juni 1899.) Bei bakteriologischer Untersuchung verschiedener Rachensekrete fand Verfasser auffallend oft einen grofsen Diplococcus bei Personen, die an Scarlatina erkrankt waren. Er widmete diesem Diplococcus seine Aufmerksamkeit und kommt zu der Ansicht, dafs er wahrscheinlich der Erreger des Scharlachfiebers ist. Beschrieben wird er als ein polymorpher, in Haufen von 10—50 Stück auftretender Coccus, der häufig in Tetradenform erscheint, die Kokken sind dann gegen einander wie Gonokokken abgeplattet, die Trennungslinie ist oft undeutlich; er färbt sich mit gebräuchlichen Anilinfarben und wächst am besten auf Glycerinagar, dem 5 % Gartenerde zugesetzt sind. Bei gesunden Personen liefs er sich gelegentlich finden. Mit den Kulturen geimpfte Schweine erkrankten an einer Scarlatina ähnlichen Krankheit. Plattenkulturen wurden nicht gemacht. *F. Hahn-Bremen.*

Streptokokken und Scharlachfieber, von Courtois. (*Brit. med. Journ.* 30. Dezember 1899.) Über die genaue Natur der Organismen des Scharlachfiebers herrscht immer noch ein gewisses Dunkel. Verfasser spricht auf Grund einer Reihe

von Untersuchungen die Ansicht aus, dafs der fragliche Organismus ein Streptococcus, ganz analog dem Erysipelstreptococcus sei. In 97 Fällen von Scharlachfieber enthielt der Urin von 42 Eiweifs. Von diesen 42 waren in 30 Fällen = 71 % Streptokokken im Urin vorhanden, während sie im nicht eiweifshaltigen Urin der Scharlachkranken nur in 27 % vorhanden waren. — Der Organismus ist für Kaninchen äufserst giftig. Er ist schwer vom Erysipelstreptococcus zu unterscheiden.

C. Berliner-Aachen.

Eine systematische, bakteriologische Untersuchung des Rachens bei Scharlachfieber zum Zwecke der Verhütung einer postskarlatinösen Diphtherie, von G. C. Garratt und J. W. Washbourn. (*Brit. med. Journ.* 15. April 1899.) Die Untersuchungen der Verfasser waren darauf gerichtet, einmal bei allen Scharlachpatienten im Londoner Fieber-Hospital die Häufigkeit des Auftretens von Diphtheriebacillen im Rachen festzustellen und zweitens durch Isolierung derjenigen Fälle, bei denen diese Bacillen sich vorfanden, die Entstehung einer postskarlatinösen Diphtherie bei den anderen Patienten zu verhüten.

Bei den Untersuchungen wurden der Bequemlichkeit halber drei Gruppen von Diphtheriebacillen unterschieden:

1. Der Klebs-Löffler- oder der wirkliche Diptheriebacillus.

2. Die Bacillen, welcher voranstehenden morphologisch und kulturell ähnlich, aber für Meerschweinchen nicht pathogen sind.

3. Der Hoffmannsche Bacillus.

In dem Zeitraum von März 1896 bis einschliefslich Dezember 1898 wurden 666 Fälle von Scharlachfieber ins Hospital aufgenommen. Unter ihnen zeigten bei der Aufnahme:

A. 1,2 % im Rachen Bacillen, welche morphologisch dem Diphtheriebacillus glichen;

B. 3,2 % den Hoffmannschen Bacillus;

C. Die übrigen keine der beiden Bacillenformen, während andere Bacillen, verschiedene Kokken, Torulae etc. vorhanden waren.

In der Gruppe A war nur ein einziger Fall, welcher die klinischen Erscheinungen der Diphtherie aufwies.

Die Anwesenheit des Hoffmannschen Bacillus schien keinen Einfluſs auf die Entstehung einer Diphtherie auszuüben.

Verfasser glaubt aus diesem Grunde, dafs die postskarlatinöse Diphtherie auf die Einführung unerkannter Fälle von Diphtherie in die Scharlachfieberräume zurückzuführen sei, und dafs diesem Übelstande nur durch eine sorgfältige, bakteriologische Untersuchung aller Fälle bei der Aufnahme und durch Isolierung der mit dem Diphtheriebacillus behafteten Patienten wirksam begegnet werden kann.

C. Berliner-Aachen.

Scharlachfieber ohne Ausschlag, von W. G. Nash. (*Brit. med. Journ.* 16. September 1899.) Gelegentlich einer kleinen Epidemie von Scharlach im September bekam der Verfasser neun Fälle in Behandlung, von denen drei keinen Ausschlag, dagegen wie die anderen, skarlatinöse Angina, Fieber und später Desquamation zeigten. Zwei der letzteren wohnten in Häusern, in denen eine andere Person ein typisches Scharlachfieber durchgemacht hatte.

Von Interesse ist, dafs die erwähnten neun Fälle Milch tranken, welche von einer und derselben Molkerei herrührte, so dafs Verfasser nicht umhin kann, die Scharlacheruption in einen ursächlichen Zusammenhang mit dieser Milch zu bringen.

C. Berliner-Aachen.

Scharlachfieber und intrakranielle Eiterung ausgehend von der Nase, von A. J. Tonkin. (*Brit. med. Journ.* 25. März 1899.) Verfasser beschreibt zwei Fälle von Scharlachfieber, bei welchen in der dritten Krankheitswoche, nachdem der bisherige Verlauf ein sehr günstiger gewesen war, sich eine intensive Rhinitis, gefolgt von eitriger Meningitis einstellte und den Tod herbeiführte. *C. Berliner-Aachen.*

Ein Fall von Scharlach nach Laparotomie nebst Bemerkungen zum puerperalen Scharlach, von Sippel-Frankfurt a. M. (*Centralbl. f. Gynäkol.* 1898. No. 44.) Eine wegen einer Ovarialgeschwulst laparotomierte Patientin erkrankte, wie die mitgeteilte Krankengeschichte ergiebt, zwei Tage nach der Operation an Scharlach. Die Bauchwunde heilte während des Verlaufs der mittelschweren Scarlatina per primam. Die Infektion war ohne Frage vor Eintritt ins Krankenhaus erfolgt. Der Fall beweist, dafs man unaufschiebbare Operationen sehr wohl bei Scharlachkranken mit Aussicht auf glatten Verlauf vornehmen kann. Ebenso kann eine Wöchnerin Scharlach überstehen oder eine Skarlatinöse die Entbindung durchmachen, ohne dafs die Genitalien ergriffen zu werden brauchen. Das gilt für die Fälle, in denen die Scharlachinfektion im Halse erfolgt und nur die Toxine der Mikrobien in den Körperkreislauf gelangen. Findet eine Übertragung der Mikrobien selbst statt, so ist die Möglichkeit eines Wund- oder puerperalen Scharlachs gegeben. Und zwar sind die Genitalien für gewöhnlich schwerer vor dieser Gefahr zu schützen als eine mit Verband versehene chirurgische Wunde. *Hopf-Dresden.*

Die Behandlung des Scharlachfiebers mit salicylsaurem Natrium, von Alexander Haig. (*Brit. med. Journ.* 3. Juni 1899.) Der Verfasser erinnert daran, dafs schon im Jahre 1888 Jacksch in der *Deutsch. med. Wochenschr.* No. 40 und 41 bei Scharlachfieber den Gebrauch von salicylsaurem Natrium empfohlen, als ein Mittel, das nicht nur die allgemeinen Gefahren des Fiebers vermindern, sondern sogar eine Scharlachnephritis bannen soll. Nach den Erfahrungen des Verfassers sind die Salicylate bei allen fieberhaften Krankheiten von Nutzen, wenngleich ihre Wirkung beim Scharlachfieber und seinen ernsten Komplikationen deutlicher hervortreten mag, als bei anderen Krankheiten. Ist es richtig, dafs die rechtzeitige Elimination der Harnsäure viel von der Materia morbi des Rheumatismus und der Nephritis bei Scharlach beseitigt, so kann man durch Einhalten einer möglichst harnsäurefreien Diät vielleicht dem Scharlachfieber sowohl, wie seinen Komplikationen entrinnen. *C. Berliner-Aachen.*

Die Behandlung des Scharlachfiebers mit salicylsaurem Natrium, von T. P. Poole. (*Brit. med. Journ.* 27. Mai 1899.) Der Verfasser giebt seit längerer Zeit Scharlachpatienten salicylsaures Natron in einer Mixtur und hat von dieser Behandlung ganz ausgezeichnete Erfolge und keinerlei Nachteile gesehen. Besonders hält er die Methode dort für angebracht, wo in der Familie bereits Fälle von Scharlachfieber mit nachfolgendem Rheumatismus oder Schwellung der Tonsillen oder sonstige unbestimmte Formen von später Temperatursteigerung vorgekommen sind.
C. Berliner-Aachen.

Masern und Scharlach in London im Jahre 1897. (*Brit. med. Journ.* 21. Januar 1899.) Die Mortalität bei Masern betrug in jenem Jahre 0,43 auf 1000, bei Scharlach 0,17 : 1000. Es ist dies, was das Scharlachfieber betrifft, der niedrigste Stand seit dem Jahre 1891. *C. Berliner-Aachen.*

Klinische Beobachtungen während einer Masernepidemie unter den Soldaten der Wiener Garnison, mit besonderer Berücksichtigung der Diazoreaktion im Harne und der Blutbefunde, von Karl Franz. (*Wien. med. Wochen-*

schrift. 1899. No. 46.) Während einer zum Teil schweren Masernepidemie unter den Soldaten beobachtete Verfasser schwere Komplikationen seitens der Atmungsorgane (Bronchopneumenie), seitens des Herzens (Herzschwäche, Tachycardie), Entzündungen der Ohrspeicheldrüsen (8 mal), Ohraffektionen. Von Interesse sind die Untersuchungen betreffend die Diazoreaktion und die Blutzusammensetzung. Erstere (intensive Rotfärbung des Harns auf Zusatz von frisch bereiteter Diazobenzolsulfonsäure) fiel bei allen schweren Masernformen positiv aus; sie ist etwa drei Tage in der Blüte der Krankheit anzutreffen. Bei leichteren Fällen ist sie schwächer, dauert kürzere Zeit, kann sogar fehlen. Diagnostisch spricht das Vorhandensein der Reaktion für Masern, prognostisch ist sie nicht zu verwerten. — Blutveränderungen ruft das Maserngift regelmäfsig hervor, sie betreffen hauptsächlich das Verhalten der Leukocyten. Eine Vermehrung derselben kommt bei unkomplizierten Fällen höchstens im Beginn der Eruptionsperiode vor und auch nur vorübergehend; eine Verminderung sieht man nicht selten. Am meisten charakteristisch ist die auf der Höhe und während der Rückbildung auftretende procentuelle und absolute Vermehrung der mononukleären Leukocyten und der Übergangsformen, während die polynukleären neutrophilen und zum Teil die Lymphocyten an Zahl zurückgehen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Zur Frühdiagnose der Masern, von Rolly. (*Münch. med. Wochenschr.* 1899. No. 38.) In den Koplikschen Flecken besitzen wir ein untrügliches Symptom für die Frühdiagnose der Masern. Die Koplikschen Flecken finden sich einerseits in den allermeisten Masernfällen (circa 90 %), andererseits nur bei Maserninfektion. Bei allen Erkrankungsfällen, in denen diese Flecken auftreten, sind wir demnach berechtigt, die Diagnose auf Masern zu stellen, und zwar ist dies schon vier, sogar sechs Tage vor dem Erscheinen des Hautexanthems möglich. In allen Erkrankungsfällen, bei denen keine Koplikschen Flecken vorhanden sind, sind Masern mit gröfster Wahrscheinlichkeit auszuschliefsen. *Götz-München.*

Zur Kasuistik der Masern im Krankenhause, von Jos. Perkel-Odessa. (Berlin 1899. Inaug.-Dissert.) Die Gesamtzahl der in der Zeit vom 12. April 1894 bis Ende Dezember 1898 in obiger Klinik behandelten Masernfälle betrug 327, etwa 18 % der sämtlich aufgenommenen Kinder. Beide Geschlechter waren fast gleich beteiligt. Es starben davon 93 = 28,44 %, so dafs die Sterblichkeit an Masern weitaus gröfser war wie an Scharlach (22,7 %) und Diphtherie (18,4 %). Die obige Arbeit beschäftigt sich weiterhin mit Inkubation und Prodromalstadium der Masern — erstere betrug fast ausnahmsweise 11 Tage —, mit dem Fieberverlauf, Art des Exanthems. In 20 von obigen Fällen wurde das zweimalige Überstehen der Krankheit, welches nun zweifellos ist, konstatiert. Die Koplikschen Flecken erwiesen sich als sicheres und frühzeitiges Symptom der Masern und wurden unter 92 daraufhin untersuchten Kindern in 67 Fällen gefunden, zwei derselben sind genauer beschrieben. Wo diese Flecken fehlen, ist es damit zu erklären, dafs die kleinen Patienten zu spät nach vollendeter Eruption eingeliefert wurden, da sie meist nur 1—3 Tage danach bestehen bleiben. Die Diazoreaktion kam in 77 % der Masernfälle, bei welchen der Urin untersucht wurde, vor; P. schliefst aus seinem Material, dafs die Fälle mit positiver Diazoreaktion eine viel höhere Mortalität geben wie jene mit negativer Reaktion (17,5 gegen 8,3 %). Bei den Todesfällen handelte es sich stets um Komplikationen, vor allem schwere Lungenkrankheiten, dann diphtheritische Processe im Larynx und Pharynx. Die auffallend hohe Mortalität an Masern in den Krankenhäusern — in der Privatpraxis beträgt sie 0,7 bis 9 % (Jürgensen) — erklärt P. einfach damit, dafs nur schwer kranke Kinder wegen

Masern dem Krankenhaus überwiesen werden. Im speziellen Teil der Arbeit werden der Reihe nach die bei Masern vorkommenden Komplikationen, wie Augen-, Ohren-, Nasen-, Rachen, Kehlkopferkrankungen in ihrer relativen Häufigkeit beschrieben. Bronchitis begleitet fast stets die Masern, Bronchopneumonie kam in 107 Fällen (32,7 %) vor, von welchen 63 = 58,9 % starben. Erkrankungen der Haut, wie besonders Ekzeme, dann Intertrigo, Decubitus, Furunkel, kamen in 103 Fällen = 31,5 % vor. Masern, kompliziert mit Scharlach 20 mal, davon Scharlach vor Masern 10 mal, gestorben 1, Scharlach nach Masern 10 mal, gestorben 4. Varicellen und Masern 9 mal, davon Varicellen vor Masern 4 mal, gestorben 3, Varicellen nach Masern 5 mal, gestorben 0. Die Masern begünstigen das Entstehen bezw. den Ausbruch einer bis dahin latenten Tuberkulose, namentlich wenn gleichzeitig Keuchhusten auftritt. Zwei Fälle, welche diesen ungünstigen Einfluſs deutlich beweisen, ein 13 Monate resp. zwei Jahre altes Kind betreffen und tödlich endeten, sind näher beschrieben. *Stern-München.*

Über Coincidenz von Masern und Pemphigus, von Leo. (Quelle nicht angegeben.) Bei den relativ seltenen Fällen, wo Pemphigus gleichzeitig mit oder nach Masern auftrat, sind zwei entgegengesetzte Anschauungen vorhanden, nach der einen (Steiner) handelt es sich dabei nur um eine Modifikation des Scharlachexanthems, nach der anderen, die vor allem von Henoch vertreten wurde, um eine Kombination von Masern mit wirklichem Pemphigus. Drei Fälle dieser Art, welche L. beobachtete, lassen letztere Theorie als die wahrscheinliche erscheinen. Es handelte sich um drei Kinder einer Familie im Alter von 2½—8 Jahren; zwei derselben, die 2½- resp. 6½jährigen Mädchen, hatten schon vor dem Ausbruch der Masern deutliche Pemphigusblasen, an der Nase resp. Backen, Augen, Kinn und Kopfhaut, die nach dem 3—4 Tage später auftretenden Masernexanthem noch einige Zeit bestehen blieben und sogar zunahmen. Bei dem anderen Kinde, einem Knaben, bildeten sich die Blasen einige Tage nach Ausbruch der Masern, und zwar zum Teil erst acht Tage nach demselben. Leo schliefst sich daher der Ansicht Henochs an, dafs die Bezeichnung Morbilli bullosi keine Berechtigung hat. Was die Prognose dieser Fälle betrifft, so sind von den bisher beobachteten acht Fällen drei tödlich verlaufen, und zwar jedesmal infolge von Pneumonie; die vorliegenden drei Fälle verliefen günstig, obwohl bei den beiden Mädchen die Ausdehnung der Krankheit einen äufserst bedrohlichen Charakter annahm. Die Fälle können also in verschiedener Intensität auftreten und eine sichere Prognose ergiebt die Coincidenz der beiden Affektionen keineswegs.

Stern-München.

Das Koplikscbe Symptom bei den Masern, von Besnier. (*Journ. d. Praticiens.* 1899. No. 40.) Besnier bestätigt, dafs durch das Koplikscbe Symptom eine frühe Diagnose ermöglicht wird. Das Symptom ist für die Masern pathognomonisch; in allen Fällen, in denen es auftritt, kann die Diagnose Masern mit Sicherheit gestellt werden. *Göts-München.*

Progressive Muskelatrophie nach Masern, von Batten. (*Brit. med. Journ.* 21. Januar 1899.) Ein siebenjähriger Knabe erkrankte, nachdem er drei Monate zuvor Masern, gefolgt von Bronchitis und Pneumonie, überstanden hatte mit stetig zunehmender Schwäche zuerst im linken, dann im rechten Beine, so dafs er sich nur mühsam fortbewegen konnte. Kurze Zeit darauf wurden auch die Arme in ähnlicher Weise befallen. Die Muskeln der oberen wie unteren Extremitäten waren stark atrophiert.

In der Litteratur sind mehrere Fälle publiziert, bei denen sich im Anschlufs an Masern progressive Muskelatrophie eingestellt hatte. *C. Berliner-Aachen.*

Ein Fall von trockener Gangrän des Beines nach Masern, von CAPACCINI. (*Il Raccoglitore.* 1899. No. 70.) Es handelt sich um ein zweijähriges Mädchen, bei dem es in der Rekonvalescenzperiode zu einer typischen trockenen Gangrän des rechten Beines kam. Da die Familie die vorgeschlagene Amputation verweigert hatte, löste sich der Fuſs im Tibiotarsalgelenke spontan ab; die Demarkationslinie der Gangrän befand sich im oberen Drittel des Beines und erforderte schlieſslich doch die Amputation unterhalb des Knies, worauf die Heilung rasch per primam eintrat. Eine Embolie muſste ausgeschlossen werden, da nichts von einer ulcerösen Endocarditis vorlag. Verfasser nimmt vielmehr an, daſs sich infolge der besonderen anatomischen Bedingungen der arteriellen Verzweigungen in der rechten unteren Extremität (indem sich rechts die Iliaca com. von der Aorta abdom. in einem offeneren Winkel abzweigt als links) eine Hemmung der Zirkulation eingestellt hat, welche für die Einwirkung der infektiösen Stoffe ein günstiges Terrain abgegeben hat.

C. Müller-Genf.

Über Röteln und Erythemepidemien, von AD. SCHMID. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1899. No. 47.) Aus den mitgeteilten Beobachtungen sei hervorgehoben, daſs Verfasser Röteln als selbständige Krankheit anerkennt. KOPLIKsche Flecken hat er niemals bei Rubeolakranken gefunden, ebensowenig wie SLAWIK, HEUBNER, KNOEPFEL. Nur WIDOWITZ fand dieselbe in 7,41% der Rubeolenfälle.

Die EHRLICHsche Diazoreaktion fällt bei Masern oft positiv, bei Rubeolen stets negativ aus. Verfasser weist auch auf das FORCHHEIMERsche Exanthem bei Rubeola hin: rosarote, unregelmäſsig gestaltete, nicht konfluierende, bis stecknadelkopfgroſse, in wenigen Stunden vergängliche, über die Oberfläche etwas erhabene Flecke an Uvula, weichem Gaumen, seltener am harten Gaumen. Verfasser hat auf dieses Symptom noch nicht geachtet.

Abzugrenzen von Röteln ist das „Erythema infectiosum", welches 1886 von TSCHAMER als „örtliche Röteln" beschrieben, von GUMPLOWICZ und TOBEITZ mit Röteln identifiziert ist. Es handelt sich um einen polymorphen, fleckigen Ausschlag, der stets zuerst auf den Wangen in Gestalt symmetrischer, hochroter, sich heiſs anfühlender, etwas erhabener, auf Fingerdruck weichender Flecken auftritt. Dieselben verbreiten sich peripher, konfluieren, während das Centrum dunkel, kupferrot wird. Oft schreitet das Exanthem erysipelartig mit erhabenem Rande vor. Am Rumpfe und besonders ad nates sieht der Ausschlag landkartenartig aus: livide Flächen mit rotem gebuchteten Rand, Gyri, Guirlanden. Die Extremitäten zeigen ein zierliches Gitter und Netzwerk. Nach 8—10 Tagen schwindet das Exanthem, ohne Pigmentierung zu hinterlassen; nur an Ellenbogen, Handrücken, Knie sind oft noch später die Ränder zu erkennen. Die einzelnen Körperstellen erkranken nacheinander. Oft erscheint der Ausschlag nach dem Verschwinden wieder. Jedwede andere subjektive oder objektive Störung fehlt. — Vom Erythema multiforme exsudativum unterscheidet sich die Affektion durch die Polymorphie und die Prädilektionsstelle des ersteren, durch das Fehlen der Allgemeinerscheinungen bei letzteren. Mangel an Juckreiz, das Fehlen von Quaddeln schlieſsen Urticaria aus. Entscheidend für die Diagnose ist das epidemische Auftreten. Die Abgrenzung von Röteln ist nicht schwer; das ungleichmäſsige Auftreten, die Konfluenz, die Art der Rückbildung, die Dauer etc. charakterisieren das Erythema infectiosum, ein Name, der von STICKER stammt. Die Epidemien treten nur im Frühjahr und Sommer auf, die weiblichen Personen scheinen bevorzugt. — STICKER sah infolge längerer Spaziergänge nach überstandenem Erythema infectiosum Gelenkaffektionen und Recidive des Ausschlages. — Die Kenntnis des Krankheitsbildes ist mit Rücksicht auf die mögliche Verwechselung mit Masern, Scharlach, Röteln von Wichtigkeit.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über das Inkubationsstadium der Varicellen oder der Schafpocken, von W. Sykes. (*Brit. med. Journ.* 14. Januar 1899.) Die Angaben bezüglich des Inkubationsstadiums der Varicellen schwanken zwischen 6 und 20 Tagen. Verfasser hatte Gelegenheit während einer Varicellenepidemie in einem Kindergarten der Frage näher zu treten. Eine 17jährige Lehrerin unterrichtete am 17. April 1898 in einer Sonntagsschule, als ein kleines Mädchen plötzlich unwohl wurde und sich, um nicht umzufallen, an die Lehrerin lehnte. Am folgenden Tage zeigte das Kind einen Varicellenausschlag, sechs Tage später erkrankte die Lehrerin und nach weiteren sieben Tagen deren jüngster Bruder an Varicellen.

Von den übrigen 15 Schülern des Kindergartens bekamen einer 11 Tage, sechs 14 Tage und einer 15 Tage nach der Entfernung des ersterkrankten Kindes die Schafpocken.

Nach diesen Daten bewegt sich das Inkubationsstadium zwischen 6—15 Tagen. Für die Dauer desselben spielen wahrscheinlich die Intensität des Giftes resp. die Zahl der in demselben enthaltenen spezifischen Mikrobien, sowie die Resistenz des Nährbodens eine bedeutende Rolle. *C. Berliner-Aachen.*

Varicellen, beschränkt auf die Augenlider, von Sattler. (*Brit. med. Journ.* 2. Sept. 1899.) Ein kleines Mädchen wurde anfangs wegen der Affektion auf eine blennorrhoische Infektion des Auges behandelt, weil sie zufälligerweise auch eine Vaginitis zeigte, welche die Diagnose wahrscheinlich machte. Das rechte obere Augenlid war schmerzhaft, ödematös geschwollen und zeigte am Lidrande zwei deutliche, kleinerbsengroſse Pusteln. Das Auge konnte wegen des starken Ödems nicht genau besichtigt werden.

In ätiologischer Beziehung war die Angabe von Interesse, daſs in der Nachbarschaft der Patientin zahlreiche Fälle von Varicellen vorgekommen waren, daſs auch zwei ältere Geschwister einen Ausschlag hatten, welcher wahrscheinlich ebenfalls Varicellen war. — Bakteriologisch konnte kein Gonococcus im Augensekrete aufgefunden werden. *C. Berliner-Aachen.*

Behandlung der Varicellen, von Gillet. (*Journ. d. Praticiens.* 1899. No. 29.) Gillet empfiehlt, die Varicellenbläschen vor sekundärer Infektion und anderen Komplikationen, wie Ulceration, geschwürigem Zerfall zu schützen: die Bläschen im Gesicht sollen mit einem leichten Antisepticum abgetupft und mit einer antiseptischen Salbe bedeckt werden, am Körper ist ein antiseptisches Streupulver zu applizieren, Mund und Nase werden mit antiseptischen Lösungen gespült. Sind die Bläschen vollständig abgetrocknet, so wird ein antiseptisches Bad, entweder mit Sapo kalinus mollis oder mit Sublimat (sic!) verabreicht. Ob diese Vorschriften wohl nötig sind?

Götz-München.

Die Pockenepidemie in Hull, von J. W. Mason. (*Brit. med. Journ.* 20. Mai 1899.) Die Pockenepidemie in Hull blieb lokalisiert, die Mehrzahl der Fälle zeigte einen milden Charakter. Vom 2. März 1899 bis Mitte Mai erkrankten 37 Personen, von denen 7 starben. Sechs der letzteren waren ungeimpft, ein Kranker wies nur ganz undeutliche Vaccinationsnarben auf. Vier der Gestorbenen standen im Alter von 28—55 Jahren, drei waren Mädchen im Alter von 16 Monaten bis 6 Jahren.

C. Berliner-Aachen.

Über Antistreptokokkenserum bei der Behandlung von Variola, von W. J. Lindsay. (*Brit. med. Journ.* 13. Mai 1899.) Die Beobachtung, daſs bei tödlich verlaufenen Fällen von Pocken der Tod meistens zwischen dem dritten bis fünften oder siebenten Tage, nachdem die Pusteln einzutrocknen und absorbiert zu werden be-

gannen, unter pyämischen Erscheinungen eintrat, führte zu der Vermutung, dafs das spezifische Pockengift durch Toxine pyogener Organismen, welche von den Pusteln absorbiert würden, neue und verstärkte Virulenz erhalte, und dafs, wenn es gelänge, diese Elemente der pyogenen Septikämie zu eliminieren, die normale Widerstandskraft der Gewebe in gewissen Fällen den Kampf mit dem Variolagift erfolgreich bestehen könnte. Die Elimination der pyogenen, toxischen Elemente könnte auf zwei Wegen bewerkstelligt werden: 1. durch Verhinderung der Eiterung in den Pockenbläschen; 2. durch Injektion eines Antitoxins.

Die Möglichkeit, die Suppuration in den Bläschen zu verhindern, wurde an einer Serie von 20—30 Fällen auf folgende Weise nachgewiesen. Im papulösen oder vesikulösen Stadium der Pocken wurde die Stirn der Patientin mit Seife und Wasser gut abgerieben, dann mit einer Sublimatlösung (1 : 1000), endlich mit Äther gewaschen. Die Oberfläche wurde hierauf mit Jodoformkollodium bepinselt. Thatsächlich erfuhren die Blächen in diesem so behandelten Bezirke nicht die purulente Veränderung, wenngleich die Koagulation und „rahmige" Stadium nicht verhindert werden konnte. Dasselbe Ergebnis wurde erhalten, als man der Kontrolle wegen den einen Arm der Patientin in der oben beschriebenen Weise behandelte, den anderen frei liefs.

Bei der Ausdehnung des Krankheitsprozesses jedoch ist die Anwendung dieser Methode mit grofsen Schwierigkeiten verbunden und deshalb auch in dem Endresultate unsicher. Aus diesem Grunde wurde der Versuch mit einem Antitoxin, und zwar mit dem Antistreptokokkenserum gemacht. Es wurden für diese Methode nur solche Fälle ausgewählt, bei denen die Prognose sehr ernst und ein letaler Ausgang nach den Erfahrungen des Verfassers zu erwarten war. Die Injektionen wurden in Intervallen von 12—24 Stunden gemacht, aufserdem innerlich Digitalis mit Eisentinktur oder mit Strychnintinktur verabreicht. Von sechs mit Serum behandelten Fällen genasen vier, zwei starben. In allen Fällen wurde die kritische Periode, welche auf die Absorption der Pusteln folgte, abgekürzt, die Intensität der Toxämie und die Neigung zu akutem Herzfehler und zu Kollaps verringert; der Puls war, wenn auch rasch, doch regelmäfsig und kräftiger als sonst. Das Rekonvalescenzstadium setzte früher ein und nahm einen rascheren Verlauf, so dafs die Patienten, welche genasen, viel weniger der Gefahr eines Rückfalles oder interkurrenter Krankheiten ausgesetzt waren. Am auffallendsten war es, dafs keiner der vier Patienten, welche die Krankheit glücklich überstanden, während der Rekonvalescenz auch nur einen einzigen Abscefs aufwies, während man in Fällen von ähnlicher Schwere oft 30—60 Incisionen bei einem Patienten wegen der Abscesse machen mufste und noch ein grofser Prozentsatz in diesem Zustande der Semi-Pyämie letal verlief.

C. Berliner-Aachen.

Über die Behandlung des Eiterungsstadiums der Variola vera, von N. J. Kotowtschioff-Kazan. (*Zeitschr. f. klin. Med.* 38. Bd. Heft 1, 2 u. 3.) Das gefährlichste Stadium der Blattern, das der Eiterung, gilt im allgemeinen als wenig zugänglich der Behandlung und es sind meist nur symptomatische Mittel, die bis jetzt zur Anwendung kamen und ebenso wie zahlreiche äufsere Mittel wenig Erfolg bringen. K. kam nun auf den Gedanken, ob man nicht durch Vaccination den Verlauf des Eiterungsstadiums abkürzen könnte und fand in der Litteratur, welche er einzeln wiedergiebt, eine Anzahl von Fällen, wo im Inkubations- und Anfangsstadium der Blattern wiederholte Impfungen einen milden Verlauf der Krankheit bewirkten. Verhältnismäfsig selten sind in der Litteratur Fälle verzeichnet, wo die Vaccination während der Blatterneruption vorgenommen wurde, von der erstgenannten Art jedoch sind aufser den angegebenen noch 143, darunter 116 mit tötlichem Ausgang, verzeichnet. Es wurden nun verschiedene Schlüsse von den verschiedenen Forschern

gezogen, die einen erkannten die Vaccine als sicheres therapeutisches Mittel, die anderen hielten sie sogar für schädlich, K. glaubt nun, dafs die Art und Weise der Vaccination von Bedeutung ist, d. h. ob es sich um Einschnitte, Stiche oder subcutane Einspritzung handelt. Er beobachtete in seiner Praxis einige Fälle von wahren Blattern, die mit wiederholten Impfungen behandelt wurden (zweimal täglich durch Incisionen). Aufser den drei schweren Fällen, welche in Heilung übergingen, wurden noch drei leichtere auf diese Weise mit demselben Erfolg behandelt und K. kommt zu dem Schlusse, dafs zweimal täglich wiederholte Successivimpfungen sowohl im Prodromal- wie auch im Initialstadium der Blattern grofse Bedeutung als therapeutisches Mittel haben. Auch tägliche, am ersten und zweiten Tage nach der Eruption begonnene Impfungen machen das Eiterungsstadium schwerer Blatternfälle leichter verlaufend und K. ist sogar überzeugt, dafs diese Wirkung der Vaccination noch am dritten Tage nach Beginn der Krankheit eintreten wird. Anfangsweise sind die aus der Litteratur gesammelten Fälle wiedergegeben, wo Vaccine und Blattern in gleichzeitigem Verlauf vorhanden waren und womit in der That die von K. aufgestellten Sätze Bestätigung zu finden scheinen. *Stern-München.*

Ein typischer Fall von „Vaccinella" (generalisierter Vaccine), von W. E. Fowler. (*Med. Record.* 23. Sept. 1899.) Der Patient, ein 30jähriger Neger, war vor zwei Wochen geimpft; einige Tage später entstanden Bläschen an der Insertionsstelle, und nun verbreitete sich der Ausschlag über den Körper; Fieber bestand kaum; die Bläschen verwandelten sich in Pusteln und trockneten dann ab.

F. Hahn-Bremen.

Die Vaccination in Indien. Bericht über die Jahre 1897—98. (*Brit. med. Journ.* 3. Juni 1899.) Der Bericht bringt eine statistische Übersicht über die in den verschiedenen Provinzen Indiens vorgenommenen Impfungen und Revaccinationen im Verhältnis zur Einwohnerzahl. An diese Angaben schliefst sich die Geschichte der Vaccination in Indien, das System, welches zur Durchführung der Vaccination gegenwärtig eingehalten wird. Über das Verhältnis der Geimpften oder Nichtgeimpften zu Pockenerkrankungen sind zuverlässige Angaben nicht gemacht.

C. Berliner-Aachen.

Über Vaccination und Variola in der italienischen Armee, von R. Livi. (*Brit. med. Journ.* 29. April 1899.) Verfasser hat sich bei seinen Untersuchungen zwei Fragen zur Beantwortung vorgelegt:

1. Sind die geimpften Soldaten einer Pockenerkrankung mehr oder weniger als die nicht geimpften ausgesetzt?

2. Ist die Mortalität bei Pockenerkrankungen für die geimpften Soldaten gröfser als für die nicht geimpften?

Auf Grund zahlreicher statistischer Daten gelangt der Verfasser zu folgenden Ergebnissen:

1. Pockenerkrankungen treffen in weit gröfserem Mafsstabe nicht geimpfte als geimpfte Soldaten.

2. Wenn ausnahmsweise geimpfte Soldaten von den Pocken befallen werden, so nehmen diese einen weit milderen Verlauf als bei nicht geimpften.

C. Berliner-Aachen.

Ergebnisse der Schutzpockenimpfung im Königreiche Bayern im Jahre 1898, von Stumpf. (*Münch. med. Wochenschr.* 1899. No. 50 u. 51.) Im Jahre 1898 wurden die Versuche, rein animale Lymphe vom Tier auf Tier fortzuzüchten, in der bayerischen Centralimpfanstalt fortgesetzt, und zwar wiederum mit äufserst dürftigem und wenig zufriedenstellendem Erfolge: Die Lymphe versagte teils ganz, zum Teil war sie von

so schwacher Wirkung, daſs ihre Verwendung unmöglich war. — Seitens der Impfärzte wurde wieder eine Reihe von einzelnen Beobachtungen gemacht und mitgeteilt; dieselben bringen jedoch in keiner Weise etwas Neues zum Kapitel „Impfung“ bei. Folgende zwei Beobachtungen sind interessant und erwähnenswert: Bei einem schon von Geburt an als syphilitisch verdächtigen Kinde verwandelte sich eine Pustel allmählich in ein fast bis zum Knochen greifendes, hartes syphilitisches Geschwür, das nach einer typischen Schmierkur heilte. — Die zweite Beobachtung betraf einen 18 Jahre alten, seit 14 Tagen an diffuser Peritonitis erkrankten Dienstboten, bei dem plötzlich ein über Stirne, Gesicht und den Oberkörper sich verbreitendes Blatternexanthem auftrat; dasselbe muſste als Variolois bezeichnet werden. Der Kranke war im Vorjahre mit Erfolg (drei Pusteln) revacciniert worden; er erlag vier Tage nach dem Auftreten des Exanthems der Peritonitis. *Götz-München.*

Über die obligatorische Impfung eines ganzen Volkes nach amerikanischem System. (*Lyon méd.* 1899. No. 52.) Am 27. Januar 1899 erlieſs der Generalgouverneur von Porto Rico den Befehl, daſs sich alle Einwohner der Insel, die noch nicht Blattern durchgemacht, der obligatorischen Impfung zu unterwerfen hatten unter Androhung von Buſse im Widersetzungsfalle. Es wurden fünf Direktoren und fünf Impfinspektoren ernannt, die die ganze Insel in fünf Impfzonen einteilten und zu ihrer Verfügung sämtliche Ärzte der Insel mit ihren Assistenten erhielten. Unter ihrer Leitung wurde eine vaccinogene Farm errichtet, wo die Rinder nach vorangegangener Tuberkulinprobe inokuliert wurden. Binnen fünf Monaten wurden auf diese Weise 1000000 Impfstofftuben geliefert und damit 790000 Leute geimpft. Die Einwohnerschaft folgte äuſserst willig der Aufforderung und die Folge dieser Maſsnahme war, daſs, während in den Monaten November und Dezember des vorigen Jahres (1898) 3000 Fälle von Variola angemeldet worden waren, im Verlaufe der vier Monate nach dem Schlusse der Impfperiode nicht ein einziger Blatternfall den Behörden zur Kenntnis kam. Die Kosten dieser so glänzend ausgefallenen prophylaktischen Maſsnahme hatten 160000 Fr. betragen. *C. Müller-Genf.*

Es giebt keine falschen Impfpocken, von Gillet. (*Journ. des Praticiens.* 1899. No. 36.) Die bei Revaccinationen nicht selten beobachteten atypischen vesikulopapulösen Efflorescenzen dürfen nicht als negatives Resultat (falsche Impfpocken) betrachtet werden. Falsche Impfpocken giebt es nicht; jede infolge Einimpfung von Lymphe entstandene Efflorescenz, sei sie auch vesikulo-papulös oder rein papulös, stellt eine echte Impfpocke dar. Der morphologische Typus der Eruption kann sich ändern, seine Natur aber nicht. Die Veränderung des Typus rührt davon her, daſs das Terrain, auf dem sich das Virus entwickelt, seine Immunität noch nicht vollständig verloren hat. *Götz-München.*

Über Impfung, von F. G. Attwood-Washington. (*New York med. Journ.* 2. Dezember 1899.) Die Arbeit führt an der Hand eines Beispieles aus, wie schädlich es ist, bei der Impfung irgendwie unsauber zu verfahren; Glycerinlymphe, von der bekannten Firma Parke, Davis & Co. bereitet, empfiehlt A. als das beste, aseptische Präparat. Unsaubere Impfmesser, ungewaschene Hände, nicht gereinigte Arme seien die Hauptquellen der Infektion, unsaubere Unterkleider sollten nie mit der Impfstelle in Berührung kommen. Schlieſslich erwähnt A. noch einer Methode, welche ihm gute Erfolge gegeben hat, nämlich subcutane Injektion der Glycerinlymphe mit sterilisierbarer und wohl sterilisierter Spritze. *Stern-München.*

Zahl der Impfstellen und Schutz gegen die Pocken. (*Brit. med. Journ.* 1. Juli 1899.) In dem Bericht der Königlichen Kommission der öffentlichen Gesund-

heitspflege wird an der Hand statistischer Daten die Frage erörtert, inwieweit der Schutz gegen die Pocken von der Zahl der mit Erfolg geimpften Stellen, beziehungsweise von der Gröfse und der Zahl der Impfnarben abhängt. Unter 4754 gesammelten Pockenfällen waren mit Erfolg an

1 Stelle	geimpft	828	mit	63	Todesfällen = 7,6%,
2 Stellen	„	1322	„	93	„ = 7,0%,
3 „	„	1479	„	63	„ = 4,2%,
4 „	„	1125	„	28	„ = 2,4%

Es unterliegt somit keinem Zweifel, dafs je mehr Stellen in genügender Entfernung voneinander (nicht weniger als einen halben Zoll!) geimpft werden, desto gröfserer Schutz gegen die Pocken erzielt wird. *C. Berliner-Aachen.*

Beitrag zur Lehre von den Staphylokokken der Lymphe, von Vanselow-Stettin und Czaplewski-Köln. (*Vierteljahresschr. f. gerichtl. Med. u. öffentl. Sanitätswesen.* 3. Folge. XVII. No. 1.) Die experimentellen Arbeiten wurden von Cz. im bakteriologischen Laboratorium der Stadt Köln ausgeführt und in der königlichen Anstalt zur Gewinnung tierischen Impfstoffes die Nachprüfungen vorgenommen. Diese Versuche haben zu dem Ergebnisse geführt, dafs es sich bei den Staphylokokken der Lymphe, welche von einer Reihe von Autoren gefunden worden sind und durch die hervorgerufene Beunruhigung den Impfgegnern stark in die Hände arbeiteten, nicht um die echten pyogenen Staphylokokken handelt. Dieselben wurden in jeder frischen animalen Lymphprobe nachgewiesen und sind eine neue, vom Staphylococcus pyogenes albus und aureus verschiedene Art; sie werden von Cz. als Staphylococcus quadrigeminus bezeichnet. Er zeigt in Kurzem den beiden erstgenannten gegenüber folgende Unterschiede. Auf Löfflerschem Blutserum tritt bei 37° um jede Kolonie in ganz kurzer Zeit deutliche Aufhellung und dann später Erweichung bis Verflüssigung des Nährbodens ein, was bei Staphylococcus pyogenes aureus und albus nicht der Fall ist. Der Staphylococcus quadrigeminus erzeugt im allgemeinen weder lokale noch pyämisch-metastatische Abscesse, unter Umständen besitzt er jedoch eine pathogene Wirkung, die zunächst für das Kalb und den Menschen feststeht, so dafs der Staphylococcus quadrigeminus nicht ohne weiteres zu den harmlosen Saprophyten gezählt werden darf. Die Variationen der neuen Kokkenart betreffen: a) die Schnelligkeit des Wachstums, b) die Energie der Verflüssigungskraft gegenüber Serum und Gelatine, welche ganz verloren gehen kann, und c) die Pigmentbildung, welche nicht so selten zeitweise oder dauernd schwindet. Die Züchtung des Staphylococcus quadrigeminus gelang aus allen frischen, animalen Lymphproben der verschiedensten Stämme, aus selbstbereitetem Lymphpulver, aus dem zirkulierenden Blut des geimpften Kalbes, aus Blut, Leber und anderen Organen des getöteten Impfkalbes u. s. w. Die Frage, ob und in welcher Beziehung dieser Organismus zur Erzeugung des Impfschutzes steht, harrt noch der Lösung und sollen dazu an verschiedenen Anstalten Deutschlands zahlreiche Untersuchungen im Gange sein. Der Umstand, dafs mehrfach deutlich positive Resultate (Erzeugung von Pusteln mit in weiterer Übertragung wirksamer Lymphe, Erzielung von Immunität) erzielt wurden, scheint Vanselow und Czaplewski für bestimmte Beziehungen zwischen Staphylococcus quadrigeminus und dem Impfprozefs zu sprechen. *Stern-München.*

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XXX. No. 10. 15. Mai 1900.

Aus der dermosyphilopathischen Klinik der k. Universität zu Sassari, geleitet von Prof. Colombini.

Beitrag zum Studium der Epidermolysis bullosa hereditaria.

Von

Prof. P. Colombini.

Synonyme: Akantholysis bullosa (Goldscheider); Dermatitis bullosa (Valentin); Epidermolysis bullosa hereditaria (Koebner); Pemphigus hereditaire (Brocq).

Nachdem Goldscheider im Jahre 1882 zum ersten Male diese vorher unbekannte Hautaffektion beobachtet und beschrieben hatte, welche seither Epidermolysis bullosa hereditaria genannt wurde, haben sich die Veröffentlichungen über diese seltene Krankheit stets gemehrt. Doch verfügt die Litteratur, in einem Zeitraume von 17 Jahren, über nicht mehr denn 13 Fälle. Dies ist auch der Grund warum sie bisher nicht so gründlich und nach allen Richtungen studiert werden konnte und noch mancher dunkle Punkt darüber besteht. Zahlreiche wichtige Fragen harren noch ihrer Lösung.

Der vorliegende Fall hat nicht allein wegen der Seltenheit der Affektion sondern auch aus dem Grunde seine Wichtigkeit, weil ich Gelegenheit fand, verschiedene bisher übergangene Untersuchungen vorzunehmen, die mir in Anbetracht der erzielten Resultate von grofsem Werte zu sein scheinen.

Am 10. Juni 1899 besuchte mich in Sassari ein gewisser M. L. Salvator von Nule (Prov. Sassari). Der Mann war 26 Jahre alt, verheiratet, wohlhabend und beklagte sich über eine bestehende Hautaffektion, welche sich alle Jahre mit verzweifelter Regelmäfsigkeit, besonders in der warmen Jahreszeit einstellte, obwohl sie auch im Winter, wenn auch mit milderem Verlaufe, nicht vollständig fernblieb. Aufser ihm waren auch der Bruder, der Vater und verschiedene andere Verwandte mit genau derselben Affektion behaftet. Diese bestand aus Blasen von verschiedener Dimension, welche vornehmlich an Stellen auftraten, wo die Haut selbst ganz kurzdauernder Druck- oder Stofswirkung ausgesetzt ist.

Der Patient gab an, dafs die Affektion bereits seit den ersten Lebensjahren bestand, häufiger an den Füfsen, dann an den Händen und mit besonderer Heftigkeit in der heifseren Jahreszeit auftrete. Die Bildung der Blasen begann meist im März; im April und Mai blieben sie ziemlich stationär und selten bildeten sich neue oder sie blieben dann ganz klein. Im Juni und den folgenden Monaten erschienen dann in häufigeren Schüben viel gröfsere Elemente. Im Oktober begann sodann die Eruption nachzulassen und hörte im November meist vollständig auf. Während des ganzen Winters war dann der Patient bis zum nächsten Frühjahr ganz oder fast ganz frei von jeder Eruptionsform.

Kein einziges Jahr zeigte sich eine Änderung im Verlaufe der Affektion bezüglich ihres Auftretens im Frühling, der Verschlimmerung im Sommer und des Verschwindens im Winter. Vollständig blieb sie aber, wie gesagt, auch in der kalten Jahreszeit nicht aus, da sich auch hier Blasen zeigten, nur waren diese viel weniger zahlreich und brauchte es zu ihrer Auslösung intensiverer und länger andauernder Insulte. Während im Sommer die leichtesten Reize genügten um eine Eruption hervorzurufen, mufsten diese schon ziemlich beträchtlich und anhaltend sein um dasselbe Resultat herbeizuführen.

Der häufigste Sitz der Veränderungen waren die Hände und besonders die Füfse; aber auch der ganze übrige Körper war, unter dem Einflusse der nötigen Bedingungen (Druck oder Stofs), in derselben Weise dem Auftreten der Eruption ausgesetzt, so z. B. die Gürtelgegend.

Gröfse und Form der Elemente variierte je nach dem Sitze und der Intensität des Reizes.

Bei der Untersuchung fand man beim Patienten auf der Fufssohle, zwischen den Zehen, über den Maleolen, auf beiden Fufsrücken zahlreiche Blasen von der Gröfse einer Erbse bis zu der eines Zweilirestückes. Im oberen Drittel der Vorderfläche beider Oberschenkel bestand je eine fünflirestückgrofse Blase. Beim Spielen mit einem kleinen Knaben hatte er diesen vor einigen Tagen aufrecht auf den Schenkeln getragen. Die Blasen waren genau an den Stellen aufgetreten, wo die Absätze des Knaben mit den Oberschenkeln des Patienten in Berührung gekommen waren. In der Lendengegend beider Seiten sah man ebenfalls bullöse Formen von Erbsen- bis Ein- und Zweilirestückgröfse. Eine andere war noch viel gröfser. Verschiedene kleinere Blasen konstatierte man auf der Glans und auf dem Präputium. Diese letzteren waren nach einem kurze Zeit zuvor ausgeführten Coitus aufgetreten.

Einzelne dieser Blasen waren aufgebrochen und von einem 1—2 mm breiten rosaroten Hof umgeben; der Grund war lebhaft rot und secernierte eine seröse Flüssigkeit oder war von einer dünnen, weifslichen Schicht bedeckt, unter der eine mäfsige Menge eines seropurulenten Sekretes her-

vorquoll. Mit Hülfe dieser objektiven Untersuchung, unterstützt durch die Angaben des Patienten, vermochten wir festzustellen, in welcher Art und Weise sich die Blasen gewöhnlich entwickelten. Wo an irgend einer Körperstelle ein mechanischer Faktor eingewirkt hat, entsteht eine Rötung, welche ein Gefühl von Brennen und starkem Jucken hervorruft. Nach zwei Stunden oder wenig mehr zeigt sich an derselben Stelle eine Blase, die von einem dünnen rosaroten Hof umgeben ist, welcher bald verschwindet und die umgebende Haut vollständig normal erscheinen läfst. Die Blase nimmt an Umfang zu und ragt in den nächsten 2—3 Tagen ziemlich stark über das Hautniveau hervor. Während der Vergröfserung der Blase nehmen die Schmerzen infolge der Spannung stets zu. In diesem Stadium wird der vorher klare, citronengelbe seröse Inhalt leicht hämorrhagisch. Nachdem die Blase das Maximum ihrer Ausdehnung erreicht, können die folgenden zwei Phasen eintreten: entweder bleibt die Blase unversehrt und der Inhalt wird resorbiert oder aber es kommt infolge von Trauma oder aus irgend einem anderen Grunde zur Ruptur der Blase und der seröse Inhalt ergiefst sich nach aufsen. Im ersteren Falle nimmt die Blase an Umfang nach und nach ab und verschwindet schliefslich ganz, indem sie eine breite Epidermisschuppe zurückläfst, unter der die bereits neugebildete Epidermis hervorschimmert. Die eventuell zurückbleibende Pigmentation verschwindet nach einem oder zwei Monaten ebenfalls. Fällt bei der Ruptur der Blase die Decke dieser letzteren ebenfalls ab, so erscheint eine lebhaft rote Fläche, die sich rasch mit einer weifslichen Schicht bedeckt, während sich eine spärliche, von beträchtlicher seröser Exsudation begleitete Suppuration einstellt. Jetzt wird die umgebende Haut rot und es beginnt die Neubildung der Epidermis, die so lange fortdauert bis der Substanzverlust ersetzt ist und schliefslich jede Spur der vorausgegangenen Veränderung verschwunden ist. Zuweilen bleibt auch in diesem Falle eine leichte Pigmentation zurück. Diese Veränderungen spielen sich in einem Zeitraume von 1—2 Wochen ab. Die Punkte wo bereits Blasen safsen, geben die Prädilektionsstellen für weitere eruptive Elemente ab.

Niemals konnte konstatiert werden, dafs den Blasen die Bildung von Pomphi vorangegangen wäre. Auf den leichtesten Druck oder Reiz sieht man zuerst die Rötung und sodann an der nämlichen Stelle die Blase auftreten. Von einer urtikariaähnlichen Form hat man niemals was entdecken können. Stützt sich der Patient beim Spazierengehen auf seinen Stock, so sieht man zwei oder drei Stunden nachher an der betreffenden Stelle des Handtellers die Rötung und sodann die Blase auftreten. Dasselbe geschieht an den Füfsen, wenn der Patient etwas enge Schuhe trägt. Die gleiche Erscheinung kann man ebenso in der Gürtelgegend konstatieren. Noch vor kurzer Zeit drückte ihm ein Freund scherzweise

den rechten Oberarm und wenige Stunden danach entstanden verschiedene Blasen, den Stellen entsprechend, wo die Finger eingewirkt hatten.

Der allgemeine Gesundheitszustand ist ein vortrefflicher, nur leidet der Patient von seiner Kindheit her an Hyperhidrosis der Handteller und Fufssohlen. Er hat seiner Zeit die gewöhnlichen Kinderkrankheiten durchgemacht, ist gegenwärtig kräftig, in normaler Weise entwickelt und die inneren Organe zeigen nichts besonderes. Die Haut ist im allgemeinen dünn und ziemlich pigmentiert. Die Finger- und Zehennägel sind normal entwickelt. Die Hyperhidrose ist viel ausgesprochener an den Füfsen denn an den Händen. Die Sensibilität in allen ihren Formen habe ich vollständig normal gefunden. Der Patient hatte wegen seiner Krankheit mehrere Ärzte konsultiert; da aber alle therapeutischen Mafsnahmen erfolglos geblieben waren, hat er seit längerer Zeit jede Behandlung eingestellt. Er wollte mit mir einen letzten Versuch machen und wissen, ob Hoffnung auf Wiederherstellung bestehe oder nicht. Gegenwärtig pflegt er die Füfse mit Ochsenfett einzureiben, indem er die Erfahrung gemacht haben will, dafs auf diese Weise die Bildung der Blasen etwas hintangehalten wird.

Da ich durch den Patienten in Erfahrung gebracht hatte, dafs noch andere Familienmitglieder an der nämlichen Affektion gelitten, richtete ich meine Forschungen nach dieser Richtung nicht allein, um mich de visu zu überzeugen, ob es sich um identische Dermatosen handelte, sondern besonders um Aufklärung über die wichtige Frage der Heredität zu finden.

Indem wir in der Ahnenreihe des Patienten aufsteigen, finden wir zunächst vier Geschwister: Franciscus, Salvator, Marie und Anton, welche alle die Krankheit aufwiesen. In den nachfolgenden Stammbäumen dieser vier Generationen führe ich die mit der Dermatose behafteten Glieder mit grofsen Buchstaben an.

I. Franciscus

Pasqualino	Gregor	Angelina	Marie	Peter-Ludwig
Constantin	Salvator Joseph	Maria-Rita	Salvator Anton-Ludwig Johann	
				Paolino Rosa Josephina Margerita.

Von diesen 17 Personen waren 8 mit der Krankheit behaftet, und zwar 6 Männer und 2 Frauen.

II. Salvator

Balthasar	Peter-Gavinus	Romeo
	1. Constantin, 2. Carolino, 3. Johann, 4. Salvator, 5. Lucia.	1. Josephina, 2. Ludwig, 3. Salvator, 4. Raimund.

Hier finden wir unter 13 Personen 8 von der Affektion befallen, 6 Männer und 2 Frauen.

III. Maria

Raffael	Maria-Augustina
	1. Salvator, 2. Johann-Anton, 3. Katharina.

Zwei Personen befallen, ein Mann und eine Frau.

IV. Anton

Gavino	Joh.-Maria
1. Philipp, 2. Pasqual, 3. Heinrich.	1. Raffael, 2. Lucia, 3. Hektor, 4. Karl, 5. Josephina.

Von 6 Erkrankten dieser Gruppe sind 5 männlichen und 1 weiblichen Geschlechts.

Fassen wir das Resultat dieser vier Tafeln zusammen, so finden wir folgende Ziffern:

Gesamtzahl der Familienmitglieder der drei Generationen: 47.

Gesamtzahl der Erkrankten: 24.

Immune: 23.

Erkrankte männlichen Geschlechts: 18.

„ weiblichen „ 6.

Von einigen älteren dieser Patienten konnte ich in Erfahrung bringen, dafs sie von ihrer frühesten Kindheit an an dieser Affektion gelitten hatten, dafs sie sich vom 40. bis 50. Jahre an milder zu gestalten begann und schliefslich im Greisenalter vollständig verschwand.

Harnuntersuchung: Unter den zahlreichen Harnanalysen, die ich bei meinem Patienten vorgenommen, will ich nur die beiden folgenden erwähnen, die in einem längeren Zwischenraum gemacht wurden:

Harn vom 14. Juni:

Menge in 24 Stunden: 2010,0.
Farbe: strohgelb.
Reaktion: schwach sauer.
Spezifisches Gewicht: 1012.
Schwefelsäure in 24 Stunden: 1,96.
Phosphate in 24 Stunden: 1,768.
Verhältnis der Erdphosphate zu den Alkalien: 1 : 2.
Chloride in 24 Stunden: 11,216.
Harnstoff in 24 Stunden: 24,132.
Harnsäure in 24 Stunden: 0,394.
Uroerythrin: normale Verhältnisse.
Skatoxyl: reichliche Mengen.
Indican: normal.

Harn vom 23. Juni:

Menge in 24 Stunden: 1980,0.
Farbe: wie oben.

Reaktion: sauer.
Spezifisches Gewicht: 1015.
Schwefelsäure: 2,18.
Phosphate: 1,794.
Verhältnis zwischen Erdphosphaten und Alkalien: 1 : 2,8.
Chloride: 9,793.
Harnstoff: 24,872.
Harnsäure: 0,416.
Uroerythrin und Indican: normal.
Skatoxyl: reichlich.

Histologische Untersuchung.

Die Untersuchung der Blase ergab normale Verhältnisse. Sie besteht ausschliefslich aus Hornschicht, die jedoch etwas verdünnt erscheint, in einzelnen Punkten bis auf eine ganz dünne Schicht. Der Grund der Blase wird durch das Rete Malpighi gebildet, dessen Zellen sozusagen normal erscheinen, da man in ihnen keine Degenerationsprozesse erkennen kann. Wo es zur mehr oder weniger vollständigen Bloslegung der Cutis gekommen ist, sieht man keine cylindrischen Zellen der Basalschicht in Mitose; diese Mitosen dagegen findet man in den Zellen, die sich näher am Rande der Blasen befinden.

In einem Hautstückchen, das ich einem Sohne des Johann-Maria aus dem rechten Arme exstirpierte, ist der Befund ein verschiedener; hier fanden sich keine Spuren einer vorausgegangenen Läsion, wohl aber eine kleine Phlyktaene, die in der Bildung begriffen war, und zwar auf einer leicht geröteten Hautfläche. Ein Teil dieses Stückes wurde in Flemmingsche Lösung, ein anderer in absoluten Alkohol und Müllersche Lösung gelegt. Die Schnitte wurden mit Hämatoxylin, Safranin, Methylenblau, Pikrokarmin etc. gefärbt. Das Stratum corneum zeigte sozusagen normale Verhältnisse. Die Papillen waren vergröfsert und deutlich ödematös; aufserdem konstatierte man eine Hypertrophie der Epithelschichten, die hauptsächlich in einer beträchtlichen Verdickung der Epithelzapfen ihren Ausdruck fand. An dieser Hypertrophie beteiligten sich die Stachel- und Basalschicht, wo man zahlreiche Mitosen sah; stellenweise waren in der Stachelschicht die interepithelialen Räume erweitert, enthielten aber keine Leukocyten. Die Gefäfse der Papillarschicht waren etwas erweitert und konstatiert man in dieser Schicht ein leichtes Ödem und eine spärliche Infiltration, in deren Bereiche einige Pigmentkörner lagen.

Auch in den oberflächlichen Schichten der Cutis bemerkte man etwas Ödem und eine geringe Infiltration mit einigen Pigmentkörnern. Diese Infiltration reichte etwas nach der Tiefe und begleitete den Gefäfsverlauf.

In den mittleren und tieferen Schichten der Cutis sah man keine

von den erwähnten Veränderungen, sondern bloſs stellenweise einige dilatierte Lymphspalten. Weder in der Papillarschicht noch in den oberflächlichen Lagen der Cutis gelang es mir, nach der WEIGERTschen Methode Fibrinniederschläge zu entdecken. Vollständig normal erschien das elastische Gewebe, nach der von LIVINI modifizierten TAENZERschen Methode untersucht.

Die bakteriologische Untersuchung der in Alkohol fixierten Hautstücke ergab ein vollständig negatives Resultat. Trotz Anwendung der verschiedensten Färbemethoden (wässerige Lösungen von Anilinfarben [LOEFFLER, GABBET, KOCH-ERLICH, ZIEHL-NIELSEN, WEIGERT, GRAM etc.]) gelang es mir niemals, irgend welche parasitäre Form nachzuweisen.

Chemische Untersuchung des Blaseninhalts.

1. Inhalt 10 ccm; Flüssigkeit von citrongelber Farbe und galertiger Konsistenz. Dichtigkeit bei 14°: 1020; stark alkalische Reaktion. Der gesamte Inhalt der Blase wird in eine gewogene Platinschale gelöst und bei gelinder Wärme auf dem Wasserbade erwärmt. Die Schale wird sodann in den Trockenschrank bei einer konstanten Temperatur von 105° gebracht. Nach dem Erkalten wird der Rückstand gewogen, wobei ein Gewicht von 0,670 g an organischen und mineralischen Substanzen erhalten wird. Nach nochmaligem Erhitzen der Schale bis zur Rotglut ergiebt sich ein Gewicht von 0,047 g an Aschenbestandteilen, was für die organischen Substanzen, durch Abzug, ein Gewicht von 0,623 g ausmacht. Diese weiſse, in Wasser beinahe vollständig lösliche, stark alkalisch reagierende Asche habe ich nach verschiedener Richtung untersucht. Aus der wässerigen Lösung eines Teiles der Asche habe ich mittelst Silbernitrat einen blauweiſsen, in Ammoniak löslichen, in Salpetersäure unlöslichen Niederschlag von Chloriden erhalten. In einem zweiten Teile der Lösung suchte ich durch Hinzugeben von reiner Salzsäure und Kalkwasser nach Karbonaten und erhielt ein weiſses, in Säuren unter Aufbrausen lösliches Präzipitat von Jodkarbonat in geringen Mengen. Mit Molybdänsäure erhielt ich einen reichlichen, in Ammoniak löslichen Phosphatniederschlag. Die Sulfate bildeten mit Chlorbaryum einen weiſsen, in verdünnten Säuren unlöslichen Niederschlag. Mit Ammoniumoxalat, in Gegenwart von Chlorammonium und Ammoniak, bildete sich ein weiſser, krystallinischer Niederschlag, der sich in verdünnten Mineralsäuren ohne Aufbrausen löste und in Ammoniak unlöslich war; dieser Niederschlag bestand aus spärlichen Mengen von Kalk. Auch konnte ich Spuren von Eisen nachweisen, welches durch die leicht blutrote Färbung der Flüssigkeit bei Hinzufügen von Kaliumsulfocyanid erkennbar war.

2. Citronengelbe Flüssigkeit von etwas dichter, aber nicht fadenziehender Konsistenz. Beim Schütteln bildet sich Schaum, der lange

Zeit nicht verschwindet. Die 12 ccm messende Flüssigkeit ist geruchlos und reagiert alkalisch. Beim Erwärmen der Flüssigkeit in einem Reagensröhrchen auf dem Wasserbade entwickeln sich in derselben keine Dämpfe, welche im stande sind, die gelbe Tropeolinfarbe bei Zuschufs von verdünnter Salzsäure blau zu färben, was auf Abwesenheit von Ammoniak schliefsen läfst. Säuert man mit Essigsäure an und läfst sieden, so wird die Flüssigkeit trübe. Schüttelt man einen Teil derselben im Reagensröhrchen und giebt drei Teile 96°gen Alkohol hinzu, so erhält man einen starken weifslichen Niederschlag von löslichen Albuminoiden. Wäscht man diesen Niederschlag mit Alkohol und läfst bei gewöhnlicher Temperatur verdampfen, so löst sich ein Teil des Rückstandes in Wasser (Paralbumin), der andere Teil löst sich nicht (Albumin).

Die ursprüngliche Flüssigkeit giebt beim Kochenlassen mit einer geringen Menge Essigsäure und filtriert die Chloridreaktion mit Argentum nitricum; mit dem Molybdänreagens ergiebt sich das Vorhandensein von Phosphaten. Die Sulfatreaktion fällt negativ aus.

Fügt man zu der Sekretflüssigkeit einen Tropfen verdünnter Schwefelsäure und bringt sie zum Sieden, filtriert und giebt einen Tropfen sehr verdünnter Eisenchloridlösung zum Filtrate, so nimmt die Flüssigkeit eine rötliche Färbung an, was die Anwesenheit von Essigsäuresalzen beweist.

3. 8 ccm einer alkalisch reagierenden citronengelben Flüssigkeit, welche die physikalischen Eigenschaften der beiden anderen Proben aufweist. Diese Flüssigkeit wurde verschiedenen Alkaloidreaktionen unterzogen: Mayersches Reagens, Phosphormolybdaensäure, Brouardelsches Reagens. Mit allen diesen Reagentien, besonders deutlich aber mit dem Mayerschen erhielt ich positive Resultate. So habe ich die Flüssigkeit mit Chloroform und Äther geschüttelt und im Trockenen verdampfen lassen; es bildete sich mit dem Mayerschen Reagens ein schöner goldgelber Niederschlag. Ein anderer Teil der ursprünglichen Flüssigkeit wurde mit verdünnter Essigsäure behandelt, zum Sieden gebracht, mit Alkohol versetzt und nochmals verdampft, der Rückstand filtriert, mit Ammoniak gesättigt und mit Chloroform aufgeschüttelt. Nach Abkanten und Verdampfen dieses letzteren bleibt ein Rückstand übrig, der mit dem Mayerschen Reagens einen charakteristischen weifsen Niederschlag giebt. Bei Verdampfenlassen eines Tropfens der Flüssigkeit auf dem Objektträger konstatierte ich unter dem Mikroskop bei schwacher Vergröfserung spärliche hexagonale Krystalle, aber keine krystallinische Formen, die an Harnstoff erinnerten.

4. 8 ccm, stark alkalisch reagierende Flüssigkeit. Dieselbe wird mit destilliertem Wasser vermischt und ein Teil dieser Mischung bis auf einige Kubikcentimeter langsam verdampft, um die Auffindung eventuell vorhandener Krystallformen zu ermöglichen. Dergleichen fanden wir denn

auch auf dem Boden und speziell in den peripheren Teilen der Schale eine Menge. in Form von Farnblättern. Im Centrum fand sich ein krystallinischer Niederschlag ohne bestimmte Gestalt der Elemente. Die farnblätterähnlichen Krystallformen sind aufserordentlich hygroskopisch; jedenfalls handelt es sich nicht um Jodphosphat-Krystalle. Ihr grofser Glanz liefs bei uns die Vermutung aufkommen, dafs es sich um irgend ein anderes Jodsalz handelte. Ein anderer Teil der Flüssigkeit ergab die Chlorid- und Phosphatreaktion. Ebenso wurden in ihr Sulfate nachgewiesen. Nitrate und Karbonate fehlten. Die Karbonate, die wir in einer früheren Reihe von Untersuchungen nachgewiesen hatten, mufsten also von der Zersetzung organischer Salze herrühren, welche Zersetzung wir dann durch Dialysation verhinderten.

Die Flüssigkeit enthielt aufserdem noch einige wenige Eiterkörperchen.

Dieser chemische Befund des Blaseninhalts bei Epidermolysis stimmt in macher Beziehung mit den Resultaten der Untersuchungen von Tommasoli und Reale über den Inhalt der Pemphigusblasen überein.

Bakteriologische Untersuchungen.

Mit dem Inhalt einer unversehrten, vor kurzer Zeit enstandenen Blase habe ich Inokulationen unter die Haut und in die Peritonealhöhle von sechs Kaninchen und vier Meerschweinchen gemacht, erzielte aber durchweg ein vollständig negatives Resultat. Die injizierte Flüssigkeit war citronengelb, klar, ziemlich dickflüssig und alkalisch, Unter dem Mikroskop entdeckte man darin eine Anzahl kleiner, gut erhaltener Leukocyten. Einzelne dieser letzteren waren wie aufgetrieben und aus einer blassen, homogenen, hyalinen, kernlosen Masse zusammengesetzt, die von einer dünnen Membran umgeben war, an welcher eine mehr oder weniger grofse Anzahl dunkler, der Essigsäure widerstehende Körner klebten. Rote Blutkörperchen und Epithelzellen fehlten vollständig darin. Läfst man Tropfen der Flüssigauf Objektträgern eintrocknen, so bleibt als Rückstand nur ein durchsichtiger albuminöser Firnis zurück.

Eine ganze Menge Gläschenpräparate haben wir nach den verschiedensten Methoden, unter anderen nach Ehrlich und Gram gefärbt, Nur in ganz wenigen Präparaten gelang es uns, in der direkt den Blasen entnommenen Flüssigkeit Mikrokokken von etwas länglicher Form nachzuweisen, von denen einige frei in der Flüssigkeit lagen, andere innerhalb von Leukocyten gruppiert waren, und zwar einzelne zu zweien. Da aber sämtliche weiteren Versuche, Parasiten zu entdecken, resultatlos blieben, mufs angenommen werden, dafs es sich um Verunreinigungen von aufsen gehandelt hat.

Mit demselben Blaseninhalt habe ich ferner zahlreiche Übertragungen auf verschiedene Nährböden versucht, besonders auf Agar-Agar, peptoni-

sierte Fleischbrühe, Glycerin-Agar, Kartoffeln. Alle die genannten Nährböden blieben vollständig steril.

Nachweis von weifsen Blutkörperchen mit eosinophilen Körnern.

Da vor uns noch kein Forscher eosinophile Leukocyten im Blaseninhalt bei unserer Affektion gemacht hatte, haben wir diese Lücke auszufüllen gesucht. Eine Menge Deckgläschenpräparate mit Blut und seröser Flüssigkeit aus frischen Blasen wurde nach den verschiedensten Methoden gefärbt (EHRLICH, GOLLASCH, CHENZINSKY etc.). Bei unserem Patienten fand sich im Blute ein Verhältnis von 8—10 % an eosinophilen Zellen, während unter normalen Bedingungen nur 2—3 % angetroffen werden. In den Präparaten von Blaseninhalt schwankte dieses Verhältnis von 10—14 %. In anderen Fällen habe ich im Blute eosinophile Zellen in viel geringerer Anzahl als bei unserem Patienten angetroffen, während ich im Blaseninhalt keine eigentlichen eosinophilen Zellen, sondern nur einzelne weifse Blutkörperchen konstatieren konnte, deren Protoplasma etwas intensiver rot gefärbt schien als dasjenige der benachbarten Leukocyten. Deutliche, dicke Körner fand ich aber nirgends.

Betrachtungen.

In dem beschriebenen Falle handelte es sich offenbar um eine hereditäre Beanlagung zur Blasenbildung oder mit anderen Worten, um jene Krankheitsform, welche zuerst von GOLDSCHEIDER beobachtet und als Akantolysis bullosa beschrieben worden ist und welche KOEBNER passender Epidermolysis bullosa hereditaria nannte.

GOLDSCHEIDER[1] sah diese Blasenbildung nach leichten Reizen bei einem Soldaten auftreten, welcher aus diesem Grunde aus dem Dienste entlassen werden sollte. Derselbe Autor beobachtete sie dann später noch bei sieben Individuen von vier neungliedrigen Generationen.

VALENTIN[2] berichtet sodann über eine Familie Berger, welche in vier Generationen elf mit der Krankheit behaftete Glieder aufwies. Dieser Autor beschränkte sich darauf, die Affektion Dermatitis bullosa zu nennen und konstatierte, dafs dieselbe ausgesprochener im Sommer war und dafs seine Patienten aufserdem an intensiver Hyperhidrosis, besonders der Fufssohlen, litten.

KOEBNER[3] fand unter neun Individuen von drei Generationen vier

---

[1] GOLDSCHEIDER, A., Hereditäre Neigung zur Blasenbildung. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1882. No. 6.

[2] VALENTIN, A., Über hereditäre Dermatitis bullosa, hereditäres akutes Ödem. *Berl. klin. Wochenschr.* 1885. No. 10.

[3] KOEBNER, A., Hereditäre Anlage zur Blasenbildung. Epidermolysis bullosa *Dtsch. med. Wochenschr.* 1886. No. 2.

Erkrankte. Er bekämpfte die Ansicht Valentins, dafs es sich um einen aktiven Prozefs handle und nannte die Krankheit Epidermolysis bullosa hereditaria.

Max Joseph[4] veröffentlicht einen Fall, wo vier Individuen in zwei Generationen mit der Affektion behaftet waren.

Bonaiuti[5] beschreibt einen interessanten Fall, wo eine 63gliedrige Familie de Witt in fünf Generationen eine Gesamtzahl von 31 Kranken aufwies.

Zu erwähnen sind ferner die Fälle von Lesser,[6] Blumer,[7] Herzfeld,[8] Wechselmann,[9] Hoffmann,[10] Elliot,[11] Varga[12] und schliefslich Gruenfeld,[13] welch letzterer aber die hereditäre Form nicht beobachtete, wohl aber eine kongenitale bei einem 17jährigen jungen Mann. Derselbe ist der erste in der Litteratur verzeichnete Fall von kongenitaler Epidermolysis.

In diesem Falle fand sich in der ganzen Verwandtschaft kein einziges von der Affektion befallenes Glied. Die Dermatose zeigte sich ausschliefslich im Sommer, so dafs im Winter keine Spur davon zu bemerken war; aufserdem litt der Patient an Hyperhidrose der Hände und besonders der Füfse.

Gruenfeld glaubt, dafs das leichtere Auftreten der Blasen von der Hyperhidrose und der daraus erfolgenden Feuchtigkeit abhängt, indem er beobachtet haben will, dafs an den Füfsen, wo die Schweifssekretion stärker ist, auch die Blasen zahlreicher sind. Er glaubt auch, dafs die Jahreszeit eine Rolle spielt, indem die Affektion ausnahmslos im Sommer auftrete, wo die Hyperhidrose intensiver ist. Gestützt hierauf, hat er den einen Fufs seines Patienten mit Tannoform Merck behandelt und konstatiert,

---

[4] Joseph, *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1886. No. 1.

[5] Bonaiuti, F., Contributo allo studio della Epidermolysis bullosa hereditaria di Koebner. *Il Morgagni.* Dez. 1890.

[6] Lesser, E., Über Epidermolysis bullosa hereditaria. Verhandlungen des II. Kongresses der deutschen dermatologischen Gesellschaft, Leipzig 1892. Ergänzungsheft zum *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1892. Bd. XXIV. pag. 247.

[7] Blumer, Hereditäre Neigung zur traumatischen Blasenbildung. Epidermolysis bullosa hereditaria. Ergänzungsheft zum *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1892. Bd. XXIV. pag. 105.

[8] Herzfeld, E., Über Epidermolysis bullosa hereditaria. *Berl. klin. Wochenschr.* 1893. No. 34.

[9] Wechselbaum, W., Über neuere Beobachtungen von Epidermolysis bullosa hereditaria (Koebner). *Berl. klin. Wochenschr.* 1895. No. 42. pag. 921.

[10] Hoffmann, J., Dermatologische Mitteilungen. *Münch. med. Wochenschr.* 1895. No. 3 u. 4.

[11] Elliot, G. T., Two cases of epidermolysis bullosa. *Americ. Journ. of cutan. and genito urinary diseases.* Jan. 1895.

[12] Varga, Ein Fall von Epidermolysis bullosa hereditaria (Koebner). Verhandlungen des Vereins ungarischer Dermatologen und Urologen. Sitzung vom 23. September 1897.

[13] Gruenfeld, Ein Fall von Epidermolysis bullosa congenita. *Arch. f. Derm. u. Syph.* Festschrift, gewidmet Ph. Jos. Pick. I. Teil. 1898. pag. 281.

dafs sich weniger Blasen entwickeln, ohne dafs es ihm aber gelang, die Bildung derselben vollständig zu verhindern. Aus diesem Grunde nimmt GRUENFELD an, dafs die Hyperhidrose bei der Entwickelung der Epidermolysis bullosa nicht die Hauptrolle spielt.

Aus den Beschreibungen der verschiedenen Autoren und meines eigenen Falles, sowie aus der Untersuchung der Verwandten meines Patienten geht hervor, dafs die Epidermolysis bullosa herditaria darin besteht, dafs bei mehreren Gliedern derselben Familie durch verschiedene Generationen hindurch von der ersten Kindheit an eine besondere Neigung zur Bildung von Blasen besteht. Diese letzteren treten an irgend einer Körperstelle auf, wo ein Druck oder Stofs, mit einem Worte, irgend ein leichter Reiz eingewirkt hat. Je nach der Lokalisation oder der Natur des mechanischen Reizes zeigen die Blasen eine verschiedene Gröfse und Form. Infolge eines Druckes oder von Reibung durch die Schuhe, einen Gürtel, eine Schlinge, den Knopf eines Stockes auf den Handteller, durch einen Fingerring, nach längerem Sitzen, nach Abwischen des schweifsfeuchten Gesichtes mit einem Tuche (BONAIUTI), nach einem Coitus, entsteht an der betreffenden Stelle eine Rötung, begleitet von Brennen und Jucken. Nach zwei Stunden hat sich ebendort eine Blase gebildet, die von einem dünnen Hofe umgeben ist, welcher nach zwei oder drei Tagen wieder verschwindet und die umgrenzende Haut völlig normal erscheinen läfst. In den folgenden zwei oder drei Tagen nimmt die Blase an Umfang etwas zu, wird gespannter und bewirkt dadurch ein intensiveres Brennen. Von diesem Momente an beginnt der regressive Prozefs; die Blase nimmt an Ausdehnung wieder ab und falls die Blasendecke unverletzt geblieben war, wird der Inhalt der Blase resorbiert, so dafs nach acht oder zehn Tagen nur noch eine Epidermisschuppe übrig bleibt, welche schliefslich auch abfällt und eine neue Epidermisdecke bloflslegt. Öfters zeigt sich die Haut an dieser Stelle leicht pigmentiert. Wo die Blasen nahe aneinander lagen, kommt es zur Konfluenz derselben. Hat sich dagegen der citronengelbe, meist klare, leicht fadenziehende, zuweilen schwach hämorrhagische Blaseninhalt infolge von Ruptur der Decke nach aufsen ergossen, so erscheint der Boden der Blase lebhaft rot und secerniert eine seropurulente Flüssigkeit; nach einer gewissen Zeit hört die Sekretion auf, die wunde Fläche trocknet ein und bedeckt sich mit einer bräunlichgelben Borke, unter welcher sich eine neue, normale Epidermisschicht bildet. An anderen Stellen überzieht den Blasengrund eine weifsliche Schicht und es stellt sich eine reichliche seröse Sekretion mit schwach eitriger Beimischung ein. Die umgebende Haut rötet sich und nach und nach zieht sich der neugebildete periphere Epidermisring immer enger zusammen, so dafs der Substanzverlust ohne Narbenbildung ausgeglichen wird. Auch in diesem Falle bleibt die Haut

noch eine Zeit lang rot und zuweilen leicht pigmentiert; später aber unterscheidet sie sich in nichts von der normalen Umgebung.

Die Krankheit verläuft stets fieberlos; der Appetit bleibt erhalten und der Harn enthält kein Eiweifs. Die meisten Patienten waren gesunde, kräftige Leute. Nur die Patienten von KOEBNER waren schmächtige, bleiche Individuen, obwohl sie von einer gesunden Frau abstammten, welche selbst an derselben Affektion gelitten hatte. Viele der von den verschiedenen Autoren untersuchten Patienten litten an lokaler oder allgemeiner Hyperhidrose. Bei einem Falle von JOSEPH jedoch fehlte die Hyperhidrosis plantaris vollständig, obschon seine Füfse eine besondere Neigung zeigten, von der Dermatose befallen zu werden. Nach meinen eigenen Beobachtungen aber scheint die Feuchtigkeit der Haut besonders zur Acquirierung der Affektion zu disponieren.

Wo die Blasen nicht ausschliefslich im Sommer auftreten, wie dies in einigen Fällen konstatiert worden ist, so zeigt sich die Krankheit zweifellos in der heifsen Jahreszeit viel häufiger und in schwererer Form als im Winter, wo zum Ausbruche der Eruption intensivere und länger dauernde Reize notwendig sind. Die Beanlagung zur Blasenbildung, die sich von der frühesten Kindheit an zeigt, nimmt mit dem zunehmenden Alter stets ab, wie dies bereits früher bemerkt wurde. Vollständig scheint sie aber niemals zu verschwinden.

Die Affektion zeigt aber nicht bei allen Familiengliedern denselben Intensitätsgrad. Bei einigen genügen die kleinsten Reize, bei anderen dagegen sind schon intensivere und anhaltendere nötig zur Erzeugung der Dermatose. Offenbar wirkt dieselbe Ursache nicht bei allen Individuen in gleicher Weise. Eine Verwandte unseres Patienten, welche schwer unter der Krankheit von ihrer Kindheit an gelitten hatte, heilte spontan nach ihrer Verheiratung. Die Gravidität hatte hier die Prädisposition zu dieser Affektion gänzlich ausgelöscht.

Es werden sowohl Männer als Frauen von ihr befallen. Soviel jedoch aus den bisherigen Beobachtungen hervorgeht, erkranken die ersteren häufiger als die letzteren.

Eines der charakteristischen Merkmale der Affektion ist die Heredität. Die erbliche Übertragung geschieht jedoch nicht immer in direkter Weise vom Vater auf den Sohn; wie vielmehr aus meinen Fällen hervorgeht, können von einem gesunden Vater (selbst Sohn eines an der Affektion Erkrankten) Söhne entstammen, welche die Anlage zur Blasenbildung besitzen.

Wie dies die bisherigen Beobachtungen zeigen, haben interkurrierende Krankheiten keinen Einfluſs auf die Prädisposition zur Blasenbildung oder auf den Verlauf der Krankheit. Drei Patienten unserer Beobachtung haben Typhus durchgemacht, ohne daſs die kongenitale Beanlagung zu

ihrer Hautaffektion irgend eine Modifikation erfahren hätte. Dieselbe Erscheinung haben VALENTIN bei Pneumonie, KOEBNER bei Ileo-Typhus und Meningitis beobachtet. Ebenso bleiben Ekzem (VALENTIN), Scharlach (KOEBNER), Masern (BONAIUTI) ohne Einfluſs auf die Entstehung der Dermatose.

Die verschiedenen Sensibilitätsformen bleiben unverändert.

In der Absicht, zu entdecken, welches denn eigentlich die wirkliche determinierende Ursache des Übels sei, habe ich einem meiner Patienten Jodtinktur, Ammoniak, Chrom- und Essigsäure aufgepinselt, ohne daſs sich jemals die kleinste Blase bildete. Habe auch mit der flachen Hand einen ziemlich kräftigen Schlag auf eine Stelle der Körperoberfläche des Patienten geführt; auch in diesem Falle entstand keine Blase; wurde dagegen mit einer Rute geschlagen, so gelang es, eine solche zum Ausbruche zu bringen. Ferner habe ich irgend eine Stelle mit dem Handteller während vier oder fünf Minuten gerieben und gesehen, daſs sich dieselbe rötete und da, wo die Reibung am stärksten gewesen war, kleine Epidermislamellen abgestoſsen wurden. Gerade in diesem Zeitpunkte scheint unter der Epidermis die Transsudation von seröser Flüssigkeit zu beginnen und nach zwei oder drei Stunden sehen wir eine groſse Blase an der geriebenen Stelle entstehen, ebenso bildet sich der weiter oben beschriebene rote Hof.

Die eigentliche Lieblingsstelle dieser Blasen ist die Fuſssohle, weil sich hier alle nötigen Bedingungen zu ihrer Entstehung zusammenfinden: Druck auf den Boden, Wirkung der Fuſsbekleidung, Schweiſssekretion. In zweiter Reihe kommen sodann die Handteller, die Gürtelgegend und endlich jede beliebige Körperstelle, da die ganze Körperoberfläche in gleicher Weise empfänglich ist und alles blos von der Intensität des äuſseren Reizes abhängt. Wir haben übrigens schon gesehen, wie der leichteste Druck zur Erzeugung der Eruption genügt.

GOLDSCHEIDER, KOEBNER, JOSEPH haben als Ursache der Affektion eine hereditäre Prädisposition zu einer primären Auflockerung der Schleimschicht mit nachfolgender Exsudation betrachtet. BLUMER dagegen nimmt eine primäre Exsudation mit konsekutiver Bildung von Blasen an. Indem VALENTIN die Affektion als Dermatitis bullosa bezeichnet, schreibt er dem Prozesse einen entzündlichen Charakter zu. Diese Ansicht bekämpft aber KOEBNER, indem er hervorhebt, daſs sich die Blase auf einer ganz gesunden Haut erhebt, da die Rötung eine ganz vorübergehende Erscheinung darstellt, daſs keine Temperaturerhöhung bemerkbar ist, daſs Eiterung erst dann eintritt, wenn es zur Ruptur der Blase kommt, ferner daſs man mikroskopisch keine degenerativen Prozesse der Zellen der Schleimschicht konstatiert, wie solche AUSPITZ und andere bei entzündlichen Blasen stets gefunden haben. Nach KAPOSI müſste die Krankheit blos als eine trau-

matische Bildung von Urticariabläschen infolge einer kongenitalen entzündlichen Reizbarkeit der Haut betrachtet werden und keineswegs als eine idiopathische Affektion. Aus den in der Litteratur beschriebenen und meinen eigenen Fällen geht aber hervor, dafs bei den betreffenden Patienten niemals eine Spur von Quaddelbildung nachgewiesen werden konnte.

Nach dem histologischen Befunde zu urteilen, besteht die Läsion in ihren Anfängen aus einem nicht sehr ausgesprochen entzündlichen irritativen Prozefs der Epidermis. Man hat nämlich weiter nichts als ein Ödem der oberflächlichsten Schichten, mit einem gewissen Grade von Infiltration und leichter Hypertrophie der Epithelzapfen nachweisen können. Unsere Präparate beziehen sich wahrscheinlich auf eine Hautstelle, wo sich zuvor andere Erscheinungen des Prozesses abgespielt hatten, wie dies aus dem Umstande ersichtlich, dafs man in der Papillarschicht und den oberen Lagen der Cutis Körner von Blutpigment gefunden hat.

Die tägliche Urinmenge war durchweg ziemlich grofs, das spezifische Gewicht dagegen niedrig. Die Acidität war stets gering und die Chloride erreichten kaum die Hälfte der normalen Verhältnisse. Die Harnstoffmenge blieb ebenfalls auf den niedrigsten Stufen; dasselbe gilt für die Schwefel- und Phosphorsäure. Das Verhältnis der Erdphosphate zu den alkalischen war ebenfalls bedeutend reduziert und erreichte nirgends die normalen Ziffern von 1 : 3. Die Harnsäuremenge war beinahe normal. Während man nirgends Indikan vorfand, war dagegen Skatoxyl in reichlichen Mengen vorhanden.

Dieser Befund beweist uns einerseits, dafs wegen des Mangels an Indikan die Funktionen des Dünndarms ziemlich normale sind, andererseits aber auch, dafs es sich nicht um einen Krankheitszustand handelt, der zu einer Erschöpfung des Organismus führen kann. Dennoch mufs zugegeben werden, dafs in unserem Falle der Stoffwechsel deutlich gestört war, was sich aus der geringen Acidität des Harns, aus der mangelhaften Ausscheidung der Phosphate und Sulfate, des Harnstoffs etc., aus der mangelhaften organischen Oxydation hervorgeht, welch letztere sich in der Störung des Verhältnisses der ausgeschiedenen Harnsäure zum Harnstoff kundgiebt.

Die stets alkalische Reaktion des Blaseninhalts beweist das Fehlen von Essigsäure in demselben. Das Vorhandensein von Leucin, Thyrosin und Harnsäure mufs ebenfalls ausgeschlossen werden wegen Mangels der charakteristischen Krystalle. Ebenso fehlte freies Ammoniak. Die Sulfate, die wir in der Asche des Blaseninhalts, nicht aber in der Flüssigkeit gefunden haben, stammen offenbar von dem die Molekeln der albuminoiden Substanzen zusammensetzenden Schwefel ab. Es wurde ferner Salz- und Phosphorsäure nachgewiesen.

Aus unseren Untersuchungen läfst sich ableiten, dafs der Inhalt der

Blasen bei der Epidermolysis bullosa hereditaria aus Blutserum besteht, das aus Schichten stammt, die sich unterhalb des Stratum corneum befinden, was infolge von Gefäfsstörungen zu stande kommt, die unter dem direkten Einfluſs der Vasomotoren und ihrer Veränderungen oder von solchen der Gefäfswände infolge von chemischen Reizen stehen.

Angesichts des vollständig negativen Resultates der bakteriologischen Untersuchung kann wohl kaum angenommen werden, daſs diese chemischen Substanzen durch Parasiten irgend welcher Art gebildet werden. Dagegen haben wir im Blaseninhalt das Vorhandensein von Ptomainen oder Leukomainen oder Toxinen nachgewiesen. Dies läſst uns vermuten, daſs der Blaseninhalt bei Epidermolysis nicht aus reinem und normalem Blutserum besteht, sondern aus solchem, dem irgend ein spezifischer Stoff beigemischt worden ist, der beträchtliche Veränderungen in den Geweben hervorzurufen im stande ist. Ich will mich aber nicht in eine Diskussion über die Natur dieser Alkaloide einlassen, durch welchen Mechanismus sie im Lebenden entstehen, welche Veränderungen sie eingehen, und was daraus für die tierische Ökonomie entsteht. Ich möchte mir nur zu erklären suchen, wie sie sich im Lebenden bilden und welche Bedeutung sie bei der Entstehung vieler Krankheiten unter gewissen Bedingungen haben können, wenn ihre Bildung aus uns noch unbekannten Ursachen entweder vermehrt oder aber ihre Elimination durch die Haut, den Darm oder die Nieren herabgesetzt ist. Es erscheint demnach die Frage als ganz berechtigt, ob die Epidermolysis nicht vielleicht eine durch derartige Substanzen (Alkaloide) hervorgerufene Krankheit sei. Die Haut sowohl als der Darm und die Nieren sind Organe, durch welche die Elimination dieser Substanzen aus dem Organismus stattfindet. Warum sollten nun die genannten Substanzen, Ptomaine oder Leukomaine nicht auf die pathogene Haut einwirken, wenn sie in gröfserer Menge vorhanden sind oder wenn ihre Elimination aus irgend einem Grunde verhindert oder eventuell diese beiden Faktoren zusammenwirken? Warum sollte ferner diese Disposition zu einer mangelhaften Elimination der toxischen Substanzen nicht erblich vom Vater auf den Sohn übertragbar sein? Könnten dann nicht ferner mit den Jahren und unter besonderen Bedingungen, wie z. B. die Gravidität und die Geburt, tiefgreifende Veränderungen in dem erkrankten Organismus in der Weise eintreten, daſs jene Substanzen in normaler Menge produziert werden oder in den richtigen Verhältnissen eliminiert werden? Délétang[14] äufserte sich in diesem Sinne in Bezug auf den Herpes phlyctaenoides und Tommasoli beim Pemphigus.[15]

---

[14] Délétang, Contribution à l'étude de la pathogén. de l'hérpes phlycténoïde. Thèse de Paris, 7. Mai 1884.

[15] Tommasoli und Sanquirico, Ricerche e considerazioni fatte sopra un caso di pemfigo cronico. *Bollet. della Società fra i cultori delle sciense mediche in Siena.* 1886.

Tommasoli hat am meisten dazu beigetragen, diese Frage zu erläutern. In seinen Studien über die Pathogenese des Pemphigus und der Ichthyose gelangte er zur Überzeugung, dafs viele Hautkrankheiten als Folgezustände besonderer, bald akuter, bald chronischer, bald florider, bald latenter Intoxikationen des Organismus aufgefafst werden müfsten und wandte diese seine Theorie auf die Ichthyose, den chronischen Pemphigus, die Psoriasis, den Herpes zoster und die multiformen pruriginösen Dermatitiden an. Bei der Besprechung der Pathogenese der Ichthyose sagt Tommasoli: „Wie kann man sich nicht von dem Gedanken angezogen fühlen, dafs gewisse toxische Substanzen, welche sich bei Ichthyose innerhalb des Organismus selbst gebildet haben, kraft dieser krankhaften Beanlagung des Organismus später ihren Weg durch andere Ausscheidungsbahnen finden und zu einer Erkrankung jener feinsten Gefäfsästchen der peripheren Körperteile führen, die der Elimination vorstehen?“ Auch die Erytheme stehen nach der Ansicht von Tommasoli unter dem Einflusse von toxischen Substanzen, die entweder von aufsen in den Organismus gelangten (Erythema polymorphum) oder innerhalb des Körpers durch Mikroorganismen erzeugt (polymorphe Exantheme), oder endlich durch den Organismus selbst bereitet worden sind (polymorphe Erythrodermien). Am deutlichsten hat sich aber Tommasoli in seiner Arbeit über die autotoxischen Keratodermiten ausgesprochen: „Der einzige Weg zur Beleuchtung der ganzen Familie der Keratodermiten bringt uns zurück zur alten Humoralpathologie. Danach haben wir die Keratodermiten zu den durch eine Verlangsamung der Ernährung verursachten Krankheiten zu zählen. Gestützt hierauf, nehmen wir das Bestehen von toxischen Substanzen an, welche innerhalb des Organismus und durch diesen selbst entstanden sind. Dieser letztere sucht sich derselben zu entledigen, wodurch die Ausführungswege derart verändert werden, dafs sie leicht erkranken. Für diese Autointoxikationen, deren Endresultat eine Keratophorie darstellt, besteht noch keine chemische Formel, die jedoch ohne Zweifel kompliziert sein mufs. Wenn aber keratophore Toxine thatsächlich bestehen, so darf man annehmen, dafs diese autogenen Toxine oder Autotoxine, die von einer hereditären, kongenitalen oder erworbenen Veränderung abhängen, weder einen spezifischen noch einen einseitigen Charakter tragen können und an sich selbst eine torpide und milde pathogene Energie besitzen müssen. Diese Toxine müssen ferner qualitativ und quantitativ verschieden sein, müssen sich in verschiedener Weise bei demselben Individuum kombinieren, sie müssen ferner je nach den Organismen und dem Sitze ihrer Wirkung in verschiedener Weise einwirken.“

Wenn nun diese Autoren die Hypothese der autochthonen Intoxikation des Organismus, deren Natur noch zu bestimmen war, angenommen haben, warum sollten wir für die Epidermolysis bullosa hereditaria nicht

von denselben Voraussetzungen ausgehen, da wir uns hierbei auf Thatsachen berufen können?

Wie diese Gifte auf die Haut wirken, will und kann ich nicht erklären. In seiner Arbeit (Über die Dermatosen bei den Autointoxikationen und den experimentellen bakteriellen Intoxikationen), welche die Theorie von Tommasoli an der Hand von Thatsachen und Beweisen zu bestätigen trachtet, sagt Frisco: „Wahrscheinlich sind diese Gifte auf dem Wege des allgemeinen Kreislaufes im stande, einen entzündlichen Reizzustand in den Hautgefäfsen und in den peripheren Nerven hervorzurufen, welche sowohl der Motilität und Sensibilität als den trophischen Funktionen vorstehen; da ferner die Haut verschiedene, dem Organismus fremde Substanzen eliminieren mufs, wird sie auch notwendigerweise den toxischen Einflufs der Gifte erleiden müssen, welche denselben durchkreisen.

Zu unserem eigenen Falle zurückkehrend, können wir nicht, wie dies Delétang in Übereinstimmung mit seinem Lehrer Boucheron für den Herpes gethan, eine mikrobische und eine ptomänische Varietät annehmen. Für die Epidermolysis sind wir nicht berechtigt, irgend eine parasitäre Form anzunehmen. Dazu fehlt uns jeder Anhaltspunkt. Dagegen dürfen wir auf Grund unleugbarer Thatsachen die Ursache der Krankheit auf Ptomaine oder besser auf Leukomaine zurückführen. Nach den Resultaten unserer Untersuchungen darf jedenfalls diese Auffassungsweise nicht a priori abgewiesen werden, wie irgend welche andere, die nicht auf solider Basis beruht. Wir wollen jedoch hierbei keineswegs behaupten, dafs dadurch die Frage gelöst ist, die unserer Ansicht nach in verschiedener Beziehung der Beleuchtung bedarf. Wir möchten uns blos die Erklärung erlauben, dafs heute die Frage bezüglich der Ätiologie der Epidermolysis etwas weniger dunkel erscheint als bisher nach der eigenen Erklärung der Autoren, die sich damit beschäftigt haben. Ich bezweckte auch keineswegs, mit dieser meiner Arbeit zu definitiven Resultaten zu gelangen; ich wollte nur eine, wie mir scheint, ganz rationelle Idee auseinandersetzen, welche durch die Resultate meiner Untersuchungen einen gewifs unleugbaren Wert erhalten.

Bevor wir mit unserer Arbeit abschliefsen, müssen wir noch einige Worte über die Therapie sagen. Die Affektion mufs insofern als eine schwere bezeichnet werden, als sie die Thätigkeit des Patienten unter Umständen, d. h. je nach seiner Berufsart, einschränken kann. Bisher schien sie therapeutisch in keiner Weise beeinflufst werden zu können. Für das Leben gefährlich wird sie übrigens nie.

Valentin und Bonaiuti haben ihren Patienten empfohlen, die Haut mit einer fetten Substanz oder mit Erde einzureiben, sie vor Feuchtigkeit zu schützen.

Koebner hat kalte Bäder, Adstringentia und austrocknende Pulver verordnet, ohne damit günstige Resultate zu erzielen.

Max Joseph hat einigen Patienten Arsenik verordnet, anderen Atropin, konnte sich aber kein richtiges Urteil über die Erfolge seiner Behandlung bilden. Er hat sodann versucht, während des Winters eine tonische Kur einzuleiten in der Hoffnung, die Intensität der Erscheinungen während des Sommers herabzusetzen; wir wissen jedoch nicht, was dabei herausgekommen ist.

Auf empirischem Wege haben übrigens einige Patienten selbst die Beobachtung gemacht, dafs Rindertalg oder irgend welche andere fette Substanz, auf die Haut gerieben, das Auftreten der Affektion erschwert, aber keineswegs verhindert. Man hat ferner bemerkt, dafs wenn der Boden der Blase blofsgelegt ist und ein antiseptischer Verband angelegt wird, die Eiterung geringer ist und die Heilung rascher eintritt.

In meinen sechs Fällen habe ich Arsenik in rasch ansteigenden und sehr grofsen Dosen verschrieben. Ich beabsichtige aufserdem eine tonische Behandlung einzuleiten (Ergotin, Chinin, Baldrian, Belladonna), so lange wenigstens die Geduld des Patienten ausreicht. Habe ihm auch empfohlen, die Darm- und Nierenfunktionen zu überwachen. Lokal habe ich Wismutoleatsalben und Einreibungen von Linimentum oleo-calcare mit 1% Karbolsäure verordnet. Ich lasse ferner längere laue Bäder geben und nach dem Bade den ganzen Körper mit Talgpulver einstreuen, dem ich 10% Tannin zufüge.

Nach den neuesten Berichten haben die Dauerbäder, verbunden mit der internen Behandlung, eine günstige Wirkung gehabt; es zeigen sich weniger Blasen und dieselben treten weniger leicht auf.

Ist vielleicht dieser, wenn auch nur mäfsig günstige Erfolg der inneren Behandlung kombiniert mit den Vollbädern, auf den Umstand zurückzuführen, dafs durch diese Behandlung die Elimination der Gifte aus dem Körper erleichtert wird?

(Übersetzt von C. Müller-Genf.)

Aus der Praxis.

Celloidinum inelasticum und Collodium elasticum.

Von

P. G. Unna.

Es war vorauszusehen, dafs der Titel: Celloidinum inelasticum meines letzten Artikels sowohl Fragen wie Erläuterungen veranlafste, sämtlich anknüpfend an die allgemein gebräuchliche Bezeichnung des Collodium ricinatum als: Collodium elasticum. Und ich will auch gar nicht leugnen, dafs ich das homologe Celloidinpräparat absichtlich mit der Bezeichnung: relativ unelastisch versah und kurzweg: Celloidinum inelasticum zu benennen vorschlug. Einer von beiden Namen kann nur richtig sein und es lohnt sich wohl der Mühe, einen Augenblick bei der Frage zu verweilen, ob es nicht angezeigt wäre, einen unrichtigen, wenn auch längst eingebürgerten Namen der deutschen Pharmakopoe fallen zu lassen.

Nachdem Schönlein 1846 das Pyroxylin, Baudin 1847 die Löslichkeit desselben in Äther gefunden hatte und damit der Entdecker des Collodiums geworden war, verwandte es John Parker Maynard, ein Bostoner Student der Medizin im selben Jahre bereits zu chirurgischen Verbänden und führte es damit in die Materia medica ein. Bald nahm man die unangenehme Eigenschaft des Collodiums in der Praxis wahr, dafs das gebildete Häutchen, nachdem der Hauptanteil des Alkoholäthers verdunstet war, langsam aber unaufhaltsam auch noch den Rest des Lösungsmittels abgab, dadurch noch nachträglich stark zusammenschrumpfte, und sich entweder von seiner Unterlage abhob oder bei besserem Haften an derselben Risse bekam.

Lauras war es zuerst, der 1853 diese für den medizinischen Gebrauch geradezu fatale Eigenschaft des Collodiums aufzuheben empfahl durch einen Zusatz von je 2 Teilen Terpentin, Ricinusöl und weifsem Wachs zu einer Mischung von je 8 Teilen Schiefsbaumwolle und Alkohol mit 125 Teilen Schwefeläther und 6 Teilen Äther. Das aus dieser Mischung resultierende Häutchen sollte, wie er angab, den Bewegungen der Glieder besser nachgeben und er nannte es deshalb „elastisches Collodium“. Der Begriff der Elastizität hat von jeher das Unglück gehabt, an unrichtiger Stelle und in unrichtiger Weise von den Medizinern gebraucht zu werden und so nimmt es nicht gerade Wunder, dafs der Erfinder des fetthaltigen

Collodiums diesem verbreiteten Usus zum Opfer fiel. Eher schon muſs man sich wundern, daſs die Nachfolger von Lauras diesen Fehler nicht wieder gut machten. Hoffmann emfahl 1856 eine Mischung von je 8 Teilen Schieſsbaumwolle und Alkohol, 3 Teilen Ricinusöl und 120 Teilen Äther, H. E. Richter eine solche von 30 Teilen Collodium und 1,25 Teilen Terpentin, Cap und Garot endlich 100 Teile Collodium und 2 Teile Glycerin, sämtlich unter der Bezeichnung: Collodium elasticum. Nun ist es doch fraglos, daſs die angegebenen Mischungen keinen anderen Sinn hatten, als das höchst flüchtige Lösungsmittel Alkoholäther teilweise durch ein unlösliches, fettartiges Lösungsmittel der Schieſsbaumwolle zu ersetzen, welches nach dem Verdunsten des ersteren zurückbleibend, die nachträgliche fatale Schrumpfung des gebildeten Collodiumhäutchens aufhob. Lauras hätte also sein neues Collodium ein „nichtschrumpfendes“ nennen müssen. Es deckte die einmal überzogene Hautpartie, ohne nachträglich zu reiſsen oder sich abzuheben. Daſs diese gute Eigenschaft an stark bewegten Körperstellen noch mehr in die Augen sprang, war natürlich. Aber durch die Benennung elastisch zog Lauras den Irrtum groſs, als sei dem Collodium durch den Fettzusatz ein Plus an Elastizität — oder um in der Sprache der Physik zu reden: eine vollkommenere Elastizität verliehen. Hiervon kann gar nicht die Rede sein. Es würde heiſsen, daſs das fetthaltige Collodium auf Zug, Druck oder Drehung durch eine energischere und vollkommenere Rückordnung in die alte Ruhelage antwortete. Jeder Versuch mit solchen Häutchen zeigt aber, daſs das Gegenteil der Fall ist. Die fetthaltigen Häutchen haben das Bestreben verloren, nachträglich zu schrumpfen, sie haben aber auch teilweise ihr Bestreben verloren, bei Druck, Zug oder Drehung in die alte Ruhelage zurückzukehren, sie sind weniger vollkommen elastisch geworden oder, wie man es auch ausdrücken kann: sie sind plastischer geworden.

Trotzdem hat die fehlerhafte Bezeichnung: Collodium elasticum ihren Einzug in die französische (Collodium 15, Ol. Ricini 1), russische (Collodium 50, Ol. Ricini 1), dänische (Collodium 99, Ol. Ricini 1) und deutsche Pharmakopoe I [1872] (Collodium 49, Ol. Ricini 1) gehalten. In der letzteren figuriert allerdings neben dem Namen: Collodium elasticum noch die Nebenbezeichnung: Collodium flexile, welche, wie ich vermute, zuerst in Amerika aufgetaucht ist. Die U. S. Pharmakopoe (mir liegt die 6. Auflage von 1882 vor) bezeichnet mit Collodium flexile eine Mischung von Collodium 92, Terpentin 5, Ricinusöl 3. Von hier scheint dieser Name nach England gekommen zu sein, wo die neueren Kompendien (Whitla 1889 und 1898) nur ein Collodium flexile kennen und Squires Companion to the British Pharmacopoea (1886) mit diesem Namen folgendes Präparat bezeichnet: Collodium 180, Balsamum canadense 7,5,

Ol. Ricini 4,0. Nun vermeidet allerdings das Wort: flexilis (biegsam, geschmeidig) in verständiger Weise den hier ganz unangebrachten Begriff der Elastizität und ist offenbar mit dem Bewufstsein gewählt, den Ausdruck: Collodium elasticum zu umgehen, da ein Fettzusatz das Collodium unmöglich elastischer machen kann, als es von Natur ist. Es drückt andererseits aber auch nicht gerade diejenige Eigenschaft des Collodium ricinatum aus, wegen welcher man es in die Medizin eingeführt hat, nämlich: den Mangel an nachträglicher Schrumpfung und HAGER hat daher wohl und jedenfalls mit Recht (1863) vorgeschlagen, lieber ein solches Beiwort fallen zu lassen und die Substanz ihrer Zusammensetzung nach Collodium ricinatum zu nennen.

Werfen wir schliefslich noch einen Blick auf die neueren Lehrbücher der Pharmakologie und ihre Stellung zu diesem Präparate, so finden wir es bei HARNACK (1883) einfach als ein besonders geschmeidiges Collodium registriert; BINZ (1891) sagt kurz und treffend: deckt nur, komprimiert nicht, womit auf die nachträgliche Schrumpfung des gewöhnlichen Collodiums hingedeutet ist. KOBERT (1897) bezeichnet das Collodium elasticum als „dehnbarer", womit er wenigstens dem Begriff der Elastizität ausweicht und vielleicht auch an eine unvollkommenere Elastizität und gröfsere Plastizität gedacht hat. HUSEMANN (1883) endlich sagt ausdrücklich, dafs das Collodium elasticum sich nicht so stark zusammenzieht wie das gewöhnliche Collodium.

Thatsächlich bietet also die neuere Pharmakologie für den von LAURAS gewählten Ausdruck keine Stütze. Er wird nur stillschweigend acceptiert unter der Voraussetzung, dafs seine Inkongruenz mit dem Wesen des Präparates bekannt ist. Ich möchte vorschlagen, den unpassenden Namen in der nächsten Pharmakopoe fallen zu lassen und durch das genaue Beiwort Collodium ricinatum, resp. terebintinatum zu ersetzen.

Fachzeitschriften.

Lepra.

1900. Band I, Heft 1 u. 2.

Die lange angekündigte und gewifs von vielen Fachgenossen sehnlich erwartete neue Zeitschrift ist endlich erschienen und verspricht nach Inhalt und Ausstattung unter der bewährten Leitung des Dr. Edvard Ehlers und der Mitwirkung zahlreicher hervorragender Aussatzforscher eine höchst wertvolle Bereicherung der modernen dermatologischen Journalistik zu werden. Das neue Organ soll nicht blofs mit der Lepra als solcher sich beschäftigen, sondern auch, wie Dr. Ehlers in der Vorrede ankündigt, die Beziehungen der Lepra zu anderen Krankheiten, vor allem zur Syphilis und Tuberkulose, erforschen. Die beiden ersten Hefte, im Umfange von sechs Bogen, enthalten 60 Seiten Originalia und 30 Seiten Referate, sowie 6 Tafeln Abbildungen. Die Originalabhandlungen sind folgende:

Ein seltener Fall von Lepra, von G. Armauer Hansen. Im Frühjahr 1897 sah Verfasser einen Patienten, bei dem er die makroskopische Diagnose: Lepra tuberculosa stellte. Man sah rote Knoten auf beiden Augenbrauen und auf den Wangen, ohne Haarausfall. Die mikroskopische Untersuchung eines aus einem Knoten excidierten Stückchens ergab bezüglich der Bacillen ein negatives Resultat. Die Diagnose mufste in suspenso bleiben. Im Frühling 1898 waren die Knoten noch vorhanden, kein Augenbrauendefekt. Neue mikroskopische Untersuchung ergab die Knoten eines Leprafleckes mit sehr wenig Bacillen. Es war noch ein Flecken auf jedem Arm und Anästhesie an den Händen hinzugekommen. Folglich handelte es sich um einen Fall von Lepra maculo-anaesthetica, bei dem einige Flecken als Knoten imponierten. Einige Monate später zeigten sich aber wirkliche typische Knoten in den Augenbrauen, welche an diesen Stellen haarlos waren. Verfasser sah nie vorher das Exanthem bei Lepra anaesthetica in Form von Knoten auftreten. Da auf den Armen Flecke auftraten, hält er den Fall für Lepra maculo-anaesthetica, obgleich er sich nicht die Möglichkeit verhehlt, dafs es sich um Lepra mixta handeln könne.

Zur Kenntnis der leprösen Affektionen an der Glans penis, von Leopold Glück. Danielssen und Boeck waren die ersten, welche lepröse Veränderungen am männlichen Gliede beobachtet haben. Sie fanden in einzelnen Fällen von Lepra tuberosa sowohl an der Penishaut als am Präputium und an der Corona glandis gröfsere und kleinere, flache, blasse und blafsgelbe oder braune, isolierte und konfluierende Knoten. Während Autoren wie Neisser, Hansen und Loopt das Vorkommen lepröser Affektionen an der Glans penis bestritten, und Leloir die Thatsache anerkennt, sie aber als eine seltene bezeichnet, kommt Verfasser auf Grund seiner in den letzten fünf Jahren gesammelten Erfahrung zu dem Schlusse, dafs das Ergriffensein der Glans penis bei Lepra nicht so sehr selten vorkommt. Unter 28 Fällen von Lepra tuberosa und 12 Fällen von Lepra tubero-anaesthetica konnte er bei 10 derselben, d. i. in 25 %, deutlich ausgeprägt lepröse Veränderungen an der Glans penis nachweisen. Dies ist bei Lepra tuberosa häufiger der Fall als bei Lepra anaesthetica. Die Affektion kann sowohl in Form diskreter, scharf begrenzter, meist maiskorngrofser, halbkugeliger Knoten, als auch in Gestalt flacher und flacherhabener, bis hellergrofser Infiltrate auftreten. Sowohl die Knoten als die Infiltrate sind von mehr oder minder derber Konsistenz, von runder, seltener elliptischer Gestalt und von

gelblichbrauner, mattroter oder bläulichroter Farbe. Diese Veränderungen bestehen sehr lange unverändert und treten meist in multiplen Herden auf. Vereiterung eines Knotens ist selten. Differentialdiagnostisch kommt besonders die Syphilis und zwar vor allem die Sklerose in Betracht. Zum Unterschied von dieser bilden die Leprome der Corona glandis meist halbkugelig hervorragende Knoten, welche weder exfoliieren, noch eine glänzende Oberfläche zeigen, auch niemals eine harte Basis besitzen. Die Differentialdiagnose zwischen dem flachen leprösen Infiltrat und der flachen syphilitischen Erosion der Eichel ist sehr schwierig, wobei zu beachten ist, dafs die Leprome stets multipel sind.

Die Visceralerkrankungen der Leprösen, von JEAN SCHÄFFER. (Neubearbeitung der Habilitationsschrift des Verfassers.) Im allgemeinen ist das histologische Gepräge der Neubildungen bei der tuberösen Lepra ein so eigenartiges und charakteristisches, dafs eine Verwechselung mit einer anderen Erkrankung ausgeschlossen ist. Bisweilen aber ist die Abgrenzung mancher der Lepra zugehörigen Veränderungen von der Tuberkulose durch den histologischen Befund allein aufserordentlich schwierig, oft unmöglich, sodafs nur das Impfexperiment hier eine endgültige Entscheidung bringen kann. Verfasser erörtert zunächst die Frage, ob es gelingt durch die mikroskopische Untersuchung die Lepra- und Tuberkelbacillen selbst zu differenzieren und glaubt dieselbe verneinen zu müssen, da die beiden Mikroorganismen in ihrem morphologischen und tinktoriellen Verhalten so grofse Ähnlichkeit zeigen, dafs eine Unterscheidung auf Grund dieser Kriterien bisher nicht gelingt. Doch erscheinen im allgemeinen die Tuberkelbacillen etwas gröfser und breiter, bandartig, während die Lepramikroorganismen häufiger Degenerationsformen aufweisen. Verfasser empfiehlt eine Doppelfärbung mit Karbolfuchsin und stark alkalischem Methylendiamin, die aber auch in differentialdiagnostischer Hinsicht nicht verwertbar erschien. Schwefelsäure zerstört beide Bacillenarten, die Tuberkelbacillen jedoch später. Sicherer als alle diese Unterscheidungsmerkmale ist die Tierimpfung, wobei der negative Ausfall für Lepra spricht, der positive die Tuberkulose sicher erweist. Die Gewebsveränderungen durch die Leprabacillen sind bei der tuberösen Form so eigenartig, dafs sie kaum mit tuberkulösen zu verwechseln sind. Nicht immer allerdings sind die Bacillen so massenhaft vorhanden, wie man gewöhnlich annimmt. Ihre Anordnung und Verteilung ist jedoch wichtig. Bei der tuberösen Lepra sieht man die Bacillen meist gruppiert, zu Haufen, zu kugeligen Gebilden, den charakteristischen Globi vereinigt. Bei der Tuberkulose findet man selbst zahlreiche Bacillen diffuser verteilt, nur selten kleinere Häufchen bildend. Ferner ist der Aufbau der Neubildung ein verschiedener. Die Leprome sind weniger scharf umgrenzt; die Tuberkuloseherde schärfer umschrieben und rundlich, in Knötchengestalt. Die beste Handhabe für die Unterscheidung der beiden Neubildungen bieten jedoch die sie zusammensetzenden Zellelemente. Bei der Lepra kommen vor allem die VIRCHOWschen Zellen in Betracht, die für die Lepra charakteristisch und pathognomonisch sind, und an deren Zellnatur Verfasser festhält. Namentlich die Anfangsstadien lassen diese Zellnatur deutlich erkennen, da die Zellen ein schaumiges Protoplasma als Zeichen der Vacuolisation sowie eine typische Veränderung (Annagung) des Kernes durch die intracellulären Bacillen erkennen lassen. Am deutlichsten kann man die verschiedenen Phasen der Kernzerstörung an Ausstrichpräparaten vom Gewebssaft von Lepromen, vom Sekret der Schleimhautulcerationen u. s. w. studieren. Es wird bei der Anlagerung der Bacillenkonglomerate an den Kern dieser ausgebuchtet und schliefslich auch vollständig perforiert. Es geht hieraus hervor, dafs die bacillenhaltigen Gebilde so charakteristisch sind, dafs ihnen bei der histologischen Diagnostik der leprösen Gewebsveränderungen und bei der

Unterscheidung von anderen Prozessen eine grofse Bedeutung zukommt. Die Riesenzellen können nicht mehr differentialdiagnostisch verwertet werden, seitdem man, auch der Verfasser, typische Langhanssche Riesenzellen in Lepromen gefunden hat. Charakteristisch für Lepra ist die häufige Beteiligung der Gefäfse, die reichliche Bacilleneinwanderung in die Advertilia und die Endothelien. Nekrose und Verkäsung scheinen nur bei Lepra anaesthetica vorzukommen, während bei Lepra tuberosa das Gewebe sich auffallend reaktionslos gegen die Mikroorganismen verhält. Man findet bei der Untersuchung der inneren Organe der Leprösen zwei durchaus verschiedene Krankheitsbilder. Einmal sind die Eingeweide makroskopisch kaum verändert, weisen aber bei der mikroskopischen Durchsicht sehr zahlreiche Infiltrate auf, die fast ausschliefslich aus den bacillenreichen, wohl charakterisierten Leprazellen bestehen. In den anderen, seltener beobachteten Fällen sieht man auffallende, ungewohnte Bilder, gelbe Einlagerungen im Parenchym der Organe, polypöse Wucherungen und Knotenbildung der Peritonealbekleidung. Der histologische Bau dieser Gebilde ähnelt dem der Tuberkulose, während an anderen Stellen auch Herde vom Typus der tuberösen Lepra vorhanden sind. Verfasser bespricht zuerst die erste Kategorie, die Lepra visceralis mit dem histologischen Bau der Leprome. Leber, Hoden und vor allem Milz erkranken am häufigsten an Lepra. In der Milz entspricht die Lokalisation der Erkrankungsherde im wesentlichen den Gefäfsen. Die leprösen Infiltrate zeigen eine ausgesprochene Neigung, dem Verlaufe der Tuberkel und dem Milzgerüste zu folgen. Die Vacuolisierung der Leprazellen bewirkt das durchlöcherte Aussehen der erkrankten Stellen. In der Umgebung der Infiltrate finden sich spärliche Plasmazellen ohne Bacillen. Dem Stützfasergerüst dicht angelagert sind die extracellulären Bacillenhaufen. In den Bluträumen finden sich nicht selten die Bacillen freiliegend. Sehr häufig werden Russelsche Körperchen beobachtet, ferner Atrophie der Follikel. Amyloide Entartung sah Verfasser nicht. In der Leber handelte es sich um eine ausgedehnte Einlagerung interstitieller Infiltrate von bacillenhaltigen Virchowschen Leprazellen. Leberzellen und Gallengänge sind frei. In den intraacinären Kapillaren liegen einzelne oder zu Häufchen vereinigte Bacillen teilweise aufserhalb der Endothelzellen oder auch innerhalb derselben. Man trifft auch Leprazellen in den Blutkapillaren, die vielleicht aus den bacillenhaltigen Endothelien entstanden sind. In den leprösen Herden trifft man extracelluläre Bacillenhaufen, für die Verfasser die Möglichkeit zugiebt, dafs sie bisweilen in Lymphgefäfsen liegen. Er hat aber niemals selbst bei grofsem Bacillenreichtum die von Muschold beschriebenen thrombosierten bacillenerfüllten Lymphgefäfse gesehen. (Fortsetzung folgt.)

Über tuberkuloseähnliche Veränderungen der Haut mit Auftreten von epitheloiden Riesenzellen und Nekrose bei Lepra maculo-anaesthetica, von Victor Klingmüller. Verfasser berichtet über einen Fall von Lepra maculoanaesthetica bei einem 10jährigen Fischersohn aus dem Kreise Memel. An der Aufsenseite des linken Oberschenkels war ein handtellergrofser, kreisrunder, wenig verfärbter Fleck, auf dem Follikel und Lanugohaare erhalten waren und eine leichte Abschuppung sich zeigte. Deutliche Herabsetzung der Empfindung für Berührung und Temperatur. An der gleichen Stelle des rechten Oberschenkels war ein ähnlicher Herd, ein dritter am linken Kniegelenk. Zahlreiche Untersuchungen von Blut und Gewebssaft aus den drei Stellen ergaben nie Bacillen. Die Herde blieben während einer halbjährigen klinischen Beobachtung unverändert, wurden dann excidiert und mikroskopisch untersucht, wobei sich Infiltrationen im subcutanen Bindegewebe längs der Gefäfse bis in die Papillarverzweigungen, an den Schweifsdrüsen und den Follikeln fanden. In den meisten Infiltrationsherden fanden sich epitheloide und Riesenzellen, manchmal

sogar beginnende Nekrose. In einem der nekrotischen Herde fand Verfasser Bacillen. Vergleichende Untersuchungen bei Hauttuberkulose und Hautlupus ergaben, dafs bei diesen die Infiltrationszellen in weit gröfserer Anzahl vorhanden waren. Das Verhältnis zwischen ihnen und den Zellen der regressiven Metamorphose (epitheloiden und Riesenzellen) war etwa 1 : 10, während es bei der Lepra maculo-anaesthetica etwa 1 : 1 war. Man kann daraus schliefsen, dafs bei der Lepra besondere Verhältnisse bestehen, die ein schnelleres und heftigeres Einsetzen regressiver Veränderungen bewirken, als bei tuberkulösen Prozessen. Ferner fand Verfasser die gleichen Veränderungen an den Nerven; Schwund der Nervenfasern und des Axencylinders, Infiltrationen, epitheloide Zellen, Langhansscbe Riesenzellen; je weiter peripher, um so stärker waren diese Veränderungen. Die degenerierten Nerven standen mit den Herden im subcutanen Bindegewebe in Verbindung; im subcutanen Fettgewebe waren nur an der Grenze nach dem Bindegewebe zu solche Herde vorhanden, fehlten in den tieferen Teilen, und hier waren auch die Nerven unverändert, sodafs der Schlufs gerechtfertigt ist, dafs die Veränderungen der Nerven vom bindegewebigen Teil der Haut aus sich centralwärts ausbreiten.

Verfasser weist dann nach, dafs diese Veränderungen nicht tuberkulöser Natur sind und bezeichnet das Auftreten von epitheloiden und Riesenzellen und Nekrose als „tuberkuloide" Veränderungen bei Lepra maculo-anaesthetica, wobei besonders das auffallende Mifsverhältnis zwischen den Zellen der Infiltration und der regressiven Metamorphose, zweitens die Mitbeteiligung der Nerven an dem Prozesse charakteristisch ist.

Lepra in Minnesota, von H. N. Bracken. Man kennt 51 Lepröse, die in Minnesota gelebt haben, davon waren 17 vor dem Jahre 1890 gestorben. Von den 34 übrigen wurde über 18 im Jahre 1891, über zwei 1892, über drei 1893, über zwei 1894 und 1897 und über sieben im Jahre 1898 berichtet. Die 17 vor 1890 Gestorbenen waren vermutlich alle Norweger. Von den 34 späteren waren 29 wahrscheinlich aus Norwegen und 5 aus Schweden. Es ist anzunehmen, dafs 25 von den 51 Minnesotaaussätzigen die Krankheit bereits hatten, als sie Europa verliefsen. Gegenwärtig giebt es 13 bekannte Lepröse in Minnesota. Unter den 34 seit 1890 beobachteten Fällen waren 21 verheiratet (15 Männer, 6 Frauen). Aus ihren Ehen gingen 78 Kinder hervor, von denen kein einziges an Lepra erkrankte. Aus dem Resumé des Verfassers heben wir hervor, dafs er eine Quarantäne der Einwanderer für nutzlos hält, falls nicht die Familienanamnese aufs genaueste erforscht werde. Strenge Isolierung der Leprösen ist notwendig. Nicht alle Leprösen in den Vereinigten Staaten stammen aus Skandinavien.

Die merkurielle Behandlung der Lepra, von E. Ehlers. Nach historischen Vorbemerkungen über die Behandlung der Syphilis, der Tuberkulose und der Lepra — welche Krankheiten der Verfasser als Glieder einer Familie anspricht — mit Quecksilber, und nach Mitteilungen der überraschenden Erfolge von Haslund, Bjarnhjedinsson, Neish und seiner eigenen ähnlichen Resultate in der Quecksilbertherapie der Lepra, macht Verfasser auf ein im Jahre 1769 erschienenes Werk des isländischen Arztes Jon Pjéturbsson aufmerksam, in dem ebenfalls die überaus günstigen Heilerfolge der Merkurialien bei der Lepra hervorgehoben werden, die sowohl Pjéturbsson wie auch andere isländische Ärzte zu verzeichnen hatten. Ehlers teilt einige interessante Dokumente mit, welche die abfälligen Urteile damaliger Kopenhagener Zunftgelehrten über das Werk des Dr. Pjéturbsson enthalten. Letzteres hat den Titel „Om den saakaldede islandske Skjörbug" (Über den sogenannten isländischen Scharbock). Sorø 1769 (96 S.).

Verfasser empfiehlt gegen die Lepra die intermittierende Behandlung mit Quecksilber nach FOURNIER und glaubt, dafs die Erfolge sehr erfreuliche sein werden.

Das Rückenmark, die peripheren Nerven und die Hautflecken bei der Lepra maculo-anaesthetica, von OSKAR WOIT. A. Historischer Teil. Verfasser weist nach, dafs die angeblichen Bacillenfunde in Hautflecken bei der Lepra anaesthetica meist solche bei Lepra tuberosa, die fälschlich für die erstere gehalten wurde, gewesen sind. Das Gleiche ist bei den Funden in den peripheren Nerven der Fall. Ebenso sind bei der Lepra maculo-anaesthetica weder im Gehirn noch im Rückenmark noch in den Intervertebralganglien u. s. w. bisher Bacillen nachgewiesen worden. Verfasser giebt dann eine Übersicht über die bisherigen Forschungen über die Erkrankung der peripheren Nerven bei der Lepra, wobei er sich für die DEHIO-GERLACHsche Theorie der primären Hauterkrankung bei der Lepra anaesthetica ausspricht. Weiter werden die verschiedenen Befunde im Rückenmark bei der Lepra mitgeteilt. (Fortsetzung folgt.) *I. Bloch-Berlin.*

Centralblatt für die Krankheiten der Harn- und Sexualorgane.

Band XI, Heft 3.

Incisionscystoskop zur Ausführung der BOTTINIschen Operation bei Prostatahypertrophie unter Kontrolle des Auges, von H. WOSSIDLO. In dieser vorläufigen Mitteilung schildert Verfasser eine Verbindung des BOTTINI-Incisor mit dem Cystoskop, welche das Operieren bei Beleuchtung ermöglichen soll. In einem Falle hat sich dieses „Incisionscystoskop" auch bewährt. Man kann alles bis zum Eindringen des glühenden Messers genau mit dem Auge verfolgen.

Neues cystoskopisches Instrumentarium, von KOLLMANN und WOSSIDLO. Das obengenannte Instrument, bei dem die zu operativen Eingriffen bestimmten Teile und die Optik nebeneinander liegen, hat den Verfassern Veranlassung gegeben, dieses Prinzip auch auf andere cystoskopische Apparate zu übertragen. Darauf weisen dieselben in einer vorläufigen Mitteilung hin.

Cystoskope mit Desinfektionshülse, von KOLLMANN und WOSSIDLO. Um die Formalindesinfektion für die Cystoskope verwenden, die letzteren aseptisch aufbewahren zu können, haben Verfasser die ersteren in eine Hülse gesteckt, aus der nur der das Okularende umgebende Trichter herausragt. An das gründlich gereinigte und getrocknete Cystoskop wird die Hülse an einem Gewinde angeschroben, in deren unteren Raum die Desinfektionsmasse kommt. Durch Erwärmen der Hülse beschleunigt man die Desinfektion; das Erwärmen ist besonders bei Cystoskopen mit im Innern verlaufenden Kanälen zu empfehlen, damit das Formalin in diese genügend eindringt. Stellt man das Instrument samt Hülse in ein gut schliefsendes Glasgefäfs bei geöffneten Hähnen, dann ist die Desinfektion auch äufserlich eine reichliche, da sich die Formalindämpfe in dem Glasgefäfs ansammeln. Vor dem Gebrauch wird das Instrument mit sterilem Wasser gründlich ausgekocht. Als Desinfektionsmaterial dient auf Watte geträufeltes Formalin oder Trioxymethylen (Paraform) in Pulverform resp. als Tabletten. Verfasser weisen bei dieser Gelegenheit auf die Notwendigkeit der Verbesserung der Aufbewahrungsmethoden von Cystoskopen etc. hin; sonderbarerweise sind mit Sammet und anderem gefütterte Etuis noch immer in Gebrauch.

Zur Vereinfachung der Cystoskopie, von FELIX SCHLAGINTWEIT. Eine Reihe von lästigen Umständen, die sich bei der Cystoskopie ergeben, besonders auch die Notwendigkeit vorher und oft auch nachher Katheter zur Blasenfüllung resp. Blasenspülung einzuführen, soll das vom Verfasser geschilderte Kathetercystoskop vermeiden helfen, ein in einem Mercierkatheter eingeschobenes Cystoskop. Dieses Prinzip ist

früher schon von Guiterbock bei seinem Instrument in Anwendung gebracht. Das neue Instrument ermöglicht eine einfachere, sicherere, schnellere und schonendere Besichtigung der Blase; es macht das Irrigationscystoskop entbehrlich. Es kann wie ein Metallmercier ohne weiteres eingeführt werden, sodafs die Cystoskopie mit diesem Instrument nicht mehr Umstände macht, als der Katheterismus.

Zur Therapie der Impotentia virilis, von J. Zabludowski. Verfasser verwendet systematische Massage bestimmter Partien der Genitalgegend unter Ausdehnung der Manipulationen auf gröfsere oder kleinere Partien des Körpers. Dadurch will er auf Genitalorgane und Adnexe, auf Rückenmark, auf die Blut- und Lymphgefäfse der Hautdecken, auf die Hirncentren einwirken. Die genau angegebene Technik sei im Original nachgelesen. Einige angeschlossene spezielle Bemerkungen enthalten manches Beachtenswerte. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Dermatologisches Centralblatt.

1900, No 6. (März.)

Nosologische Bemerkungen über Condylome, von C. Rasch. Unter 118 Patienten mit Condylomen hatten 58 keine Blennorrhoe; daraus schliefst Verfasser, dafs die ersteren mit der letzteren nichts zu thun haben, wenn sie auch auf durch blennorrhoische Ausflüsse irritierten Schleimhäuten besonders stark wuchern. Die Condylome — natürlich handelt es sich hier um die spitzen — verdanken ihre Entstehung einer spezifischen Infektion. Die Inkubationszeit ist jedenfalls eine lange, 2—4 Monate dauernde. Das Virus ist noch unbekannt; vieles spricht dafür, dafs dasselbe identisch ist mit denjenigen der Warzen. Die histologischen Unterschiede erklären sich durch Differenzen des Bodens.

Ein Beitrag zur Frage der Inkubationsdauer beim Tripper, von Dreyer. Nach Citierung vorhandener Statistiken über die Inkubationsdauer des Trippers giebt Verfasser seine eigenen Beobachtungen wieder, die sich auf 56 Fälle beziehen, sämtlich aus „wahrheitsliebender und intelligenter" Privatklientel. In 77 % der Fälle betrug die Inkubation $1^1/_2$—7 Tage; in den übrigen 7 Tage bis 4 Wochen. Eine noch längere Inkubation gehört zu den Raritäten. Als Ursache der verlängerten Inkubation könnte oftmals eine durch vorausgegangene Blennorrhoe abgeschwächte Empfänglichkeit der Harnröhre gelten; für vier von ihm beobachtete Fälle glaubt Verfasser nur diese Erklärung geben zu können. Möglich ist für andere Fälle auch, dafs im Präputialraume und in paraurethralen Gängen deponierte Gonokokken erst später die Urethra infizieren, wie es E. Stern annimmt. Immunität und Disposition spielen aber jedenfalls die Hauptrolle bei den Variationen der Inkubationsdauer; lokale und anatomische Momente stehen in zweiter Reihe.

Die Prophylaxe der Syphilis bei Männern, von S. Behrmann. Von der Voraussetzung ausgehend, dafs das Quecksilber ein Spezifikum gegen Syphilis ist, empfiehlt Verfasser als Prophylaktikum nach jedem Coitus eine Inunktionskur en miniature an den Genitalien, um etwa an der Haut haftendes oder in sie eingedrungenes Virus zu zerstören. An zwei Abenden sollen 3,0–5,0 Salbe verrieben werden. Penis, Präputialraum, Scrotum, Bauchwand bis zum Nabel sollen eingerieben, ein wenig Salbe in die Harnröhrenöffnung eingepreſst werden. Alles soll ein Arzt machen. Die Voraussetzung, dafs Quecksilber ein „Spezifikum" ist, ist nicht begründet; wenn es die Syphilisprodukte auch prompt beseitigt, tötet es doch keineswegs mit Sicherheit das Virus ab. Die Folgerung ist praktisch einfach unausführbar. Nach jedem Coitus zwei Einreibungen, — so mancher dürfte sein Leben lang aus denselben nicht heraus-

kommen. Und dazu soll der Arzt noch selbst die Freude haben, diese prophylaktische Massage der Genitalien auszuüben! Wieviel Patienten und wieviel Ärzte dürften dazu bereit sein? Kurz der ganze Vorschlag ist einfach naiv. D. Ref.)

Jessner-Königsberg i. Pr.

Monatsberichte über die Gesamtleistungen auf dem Gebiete der Krankheiten des Harn- und Sexual-Apparates.

Band 5, Heft 3.

Zur Technik der operativen Behandlung der Harnröhrenstrikturen, von F. Kreissl. Zur Feststellung der Lage, Ausdehnung, Qualität, sowie des Kalibers einer Striktur ist zunächst geeignet die mit Gradeinteilung versehene Bougie à boule. Diese giebt uns nur nicht Auskunft, ob die Verengerung eine bandförmige, semilunare, klappenförmige Gestalt hat, ob sie an der oberen oder unteren Wand etabliert ist oder ob sie ringförmig die Harnröhre angreift. Dazu empfiehlt Verfasser seinen Lokalisator (verfertigt von Louis und H. Loewenstein, Berlin N.), bei dem mittelst eines aus einer Rinne hervorspringenden Tasters die strikturierte Stelle der Harnröhre abgesucht wird. Die Urethrotomia interna ist bei kallösen Strikturen von über ½ cm Länge nicht indiziert, da dann die Schnittwunde nicht eine ellipsoide Gestalt annimmt und klafft, sondern leicht einfach verklebt. Derbe Infiltrate sucht man vor der Urethrotomie durch Bougieren oder Elektrolyse zu reduzieren. Für die Ausführung der inneren Urethrotomie hat Verfasser auch ein besonderes Instrument, welches die Dosierung der Ausdehnung der Incision besser gestatten soll. Strikturen des bullösen und hinteren Harnröhrenabschnittes werden verschieden behandelt je nach Kaliber und Aufbau. Elektrolyse, perineale Operation sind bei kurzen, fibrösen Strikturen am Platze, erstere ermöglicht oft erst letztere. Verfasser empfiehlt dazu ein besonderes Itinerarium (Strikturenarreteur). Wo Elektrolyse und Bougies die Operation nicht ermöglichen, ist Eröffnung der Blase mit nachfolgender retrograder Dilatation zu empfehlen. Fibröse Verengerung des prostatischen Teils am inneren Sphinkter (Fuller: „Encirding fibres"), durchtrennt Verfasser nach perinealem Schnitt; auch der Freudenberg-Bottinische Incisor ist hier brauchbar. Zur inneren Urethrotomie genügt Lokalanästhesie mit 1%iger Cocain- oder 10%iger Antipyrinlösung; nach letzterer mufs man 15 Minuten mit der Operation warten. Zur äufseren Urethrotomie ist die Schleichsche Anästhesie ausreichend. Die perineale Operation erheischt meist Narkose. Nach innerem Schnitt ist Drainage selten nötig, wohl aber bei perinealem. Bei zersetztem Harn giebt man einige Tage vor der Operation innere Antiseptica und macht Spülungen. Blutungen, die durch Kompression über Silberkatheter nicht stillbar sind, beseitigt man durch heifse Spülungen bei niedrigem Druck.

Jessner-Königsberg i. Pr.

The British Journal of Dermatology.

Band XII. Januar 1900.

I. Multiples Epitheliom, entstanden auf der Basis eines Lupus erythematosus, von J. J. Pringle. Während es nicht so sehr selten ist, dafs auf dem Grunde eines Lupus vulgaris ein Epitheliom entsteht, begegnet man, wie Desbonnets in seiner Pariser Dissertation aus dem Jahre 1894: „Du developpement de l'épithélioma sur le lupus" hervorhebt, der Entwickelung eines solchen auf der Basis eines Lupus erythematosus niemals. Derselben Meinung war auch der Verfasser, bis er nachstehenden Fall in Behandlung bekam. Die 36jährige Patientin, Mutter von vier gesunden Kindern, bekam im Alter von 19 Jahren kahle Stellen auf der Kopfhaut hinter und über beiden

Ohren. Fünf Jahre später bemerkte sie eine ähnliche kahle Stelle auf dem Scheitel. Die drei befallenen Stellen nahmen seitdem zwar langsam aber stetig an Ausdehnung zu. Als die Patientin 30 Jahre alt war, traten an verschiedenen Stellen des Gesichts an den Ohrmuscheln, Schläfen Efflorescenzen des Lupus erythematosus auf. Verfasser behandelte sie im Jahre 1890 im Middlesex-Hospital etwa 14 Tage lang, worauf die Patientin verschwand. Erst im Jahre 1897 sah sie der Verfasser wieder. In der hinteren Parietalgegend der rechten Kopfhälfte befand sich ein erhabenes, knotiges hartes, unregelmäfsig begrenztes Gewächs mit einem erhabenen, ausgelochten, unterminierten Rand und ulceriertem Centrum. Der Tumor hatte die Gröfse eines Fünfschillingstückes. Über demselben, aber in dessen nächster Nähe befand sich ein ähnliches, kleineres, etwa markstückgrofses Gewächs. Eine Occipitaldrüse derselben Seite war schwach vergröfsert. Die Gewächse wurden excidiert, an ihre Stelle gesunde Haut vom Arme transplantiert. Histologisch erwiesen sich die Tumoren als typische Epitheliome. Nach einiger Zeit entwickelte sich unabhängig von den vernarbten Stellen, in einer gewissen Entfernung von denselben gleichzeitig mit einer Exacerbation des Lupus erythematosus ein frisches Gewächs, das rasch ulcerierte. Auch dieses wurde ohne nachfolgendes Recidiv operativ entfernt.

Der Verfasser teilt ausführlich das Resultat der mikroskopischen Untersuchung mit und bespricht unter Berücksichtigung der einschlägigen Litteratur die Diagnose des Falles.

II. **Ein Fall von chronischer interstitieller Nephritis mit interkurrenter Dermatitis exfoliativa**, von D. Duckworth-London. Eine 59jährige Frau wurde am 29. September 1899 mit einer universellen Dermatitis ins St. Bartholomews-Hospital aufgenommen. Die Temperatur der Patientin war erhöht, der Puls beschleunigt. An der Herzspitze wurde ein systolisches Geräusch gehört. Der Urin war eiweifshaltig. Die Haut war überall trocken, rauh, bedeckt mit dünnen, weifsen Schuppen auf schwach erythematösem Grunde. Die Patientin klagte über Schmerzen im Munde. Die Füfse waren stark ödematös geschwollen. Warme Bäder und Einpinselungen mit reinem Olivenöl, sowie die Applikation von Zinksalbe brachte nicht viel Besserung. In einer Woche verschlimmerte sich der Zustand aufserordentlich. Die Patientin war sehr schwach und comatös. Die Urinmenge war stark vermindert. Es wurden schweifstreibende Mittel sowie Diuretica ohne Erfolg angewandt. Am 7. Oktober erfolgte der letale Exitus am urämischen Coma. Die Autopsie ergab Herzverfettung, Atheromatose der Aorta, Brightsche Niere.

Band XII. Februar 1900.

I. **Klinische Studien über im Winter und Sommer wiederkehrende Hautausschläge**, von H. R. Crocker-London. 1. Hautausschläge, welche gewöhnlich im Winter rezidivieren.

a) Acrodermatitis pustulosa hiemalis (eine papulopustulöse Wintereruption der Hände), eine Art von Folliclis. Es giebt viele persistierende Hautaffektionen, wie Lupus, Ichthyosis und Ekzem, welche durch die Winterkälte eine Verschlimmerung erfahren. Hautausschläge, welche auf individueller Idiosynkrasie beruhen, verschlimmern sich oder kehren bei den einen im Winter, bei den anderen im Sommer wieder. Winterkrankheiten par excellence sind Frostbeulen, Raynauds Krankheit, Pruritus hiemalis und Dermatitis hiemalis, wie Corlett sie bezeichnet hat.

Der Verfasser beschreibt drei Fälle, deren Hautaffektionen das gemein haben, dafs die Efflorescensen durch die Kälte eine starke Reizung erfahren, dafs sie nur die Hände befallen, dafs sie indolent induriert, papulo-pustulös, isoliert, gering an Zahl zu ein und derselben Zeit sind, dafs die Krankheit aber als solche durch unauf-

hörliche, während des Winters und des Frühjahrs erfolgende Schübe von Efflorescenzen charakterisiert ist, dafs diejenige Behandlung den meisten Erfolg verspricht, welche auf die Verbesserung der Blutzirkulation in den Extremitäten gerichtet ist. Die Bezeichnung „Acrodermatitis pustulosa hiemalis" würde die hervorstechendsten Merkmale der seltenen Affektion am besten wiederspiegeln.

b) Rezidivierender pustulöser Ausschlag der Hände. Der Verfasser beschreibt einen Fall bei einem 12jährigen Knaben, der seit seiner frühesten Kindheit an einem Ausschlage der Hände leidet und niemals von demselben ganz frei gewesen ist. Im Winter verschlimmert sich der Zustand, bessert sich, wenn es wärmer wird, zeigt aber bei sehr grofser Hitze zuweilen Exacerbationen. Charakterisiert ist der Ausschlag durch Pusteln auf einer entzündeten Basis, die einem Herpes nicht unähnlich sind.

Im folgenden beschreibt der Verfasser drei Fälle, von denen der erste ein im Winter rezidivierendes Erythem, der zweite einen im Winter wiederkehrenden akneartigen Ausschlag, der dritte einen diffusen, erythematösen, später papulösen Ausschlag zeigte, der unter der Winterkälte eine wesentliche Verschlimmerung erfuhr.

2. Hautausschläge, welche im Sommer rezidivieren. Die Zahl der Fälle von Hautaffektionen, welche durch die Hitze und noch mehr durch die direkten Sonnenstrahlen im Sommer hervorgerufen werden, ist sehr beträchtlich. Es seien hier erwähnt die vielen Fälle von Urticaria papulosa und von Prurigo, die gewöhnlich im Sommer rezidivieren, während der „Pruritus aestivalis" eine seltene Affektion ist. Alle Fälle von Miliaria und die meisten Fälle von Pompholyx sind Sommerkrankheiten. Die direkten Sonnenstrahlen wirken reizend auf jede Haut, wenn dieselbe lange genug jenen ausgesetzt ist. Bei schon affizierter Haut, wie bei Acne rosacea und Lupus erythematosus genügt schon eine kürzer dauernde Exposition, um eine Verschlimmerung des Zustandes herbeizuführen. Bei den folgenden vom Verfasser beschriebenen Fällen handelt es sich meistens um essentielle Sommerausschläge, die mit Eintritt der kälteren Jahreszeit verschwinden oder sich bessern, um im Sommer wieder auszubrechen. Befallen sind hier meistens die der Sonne exponierten Körperteile, wie das Gesicht, die Hände und die Vorderarme.

Der erste der mitgeteilten Fälle betrifft einen 15jährigen Knaben mit rezidivierender, vesiko-pustulöser Sommereruption. Er entspricht der von Hutchinson als „Sommerprurigo" bezeichneten Affektion. Auch die Fälle zwei bis acht gehören derselben Varietät der Sommereruptionen an, nur dafs die Efflorescenzen in dem einen bald mehr den Charakter von Papeln, in dem anderen mehr von Bläschen annimmt. In den Fällen neun bis zwölf waren die Efflorescenzen des Sommerausschlages teils erythematös, teils von erythematös-papulöser Beschaffenheit.

Während die drei Fälle von Acrodermatitis pustulosa hiemalis eine besondere klinische Gruppe darzustellen scheinen, sind alle übrigen zweifellos angioneurotischen Ursprunges und unter ihnen die meisten auf eine angeborene Prädisposition oder Vulnerabilität zurückzuführen.

II. Klinische Beiträge. 1. **Zufällige Vaccination der Hände**, von Arthur J. Hall-Sheffield. Ein 15jähriges Dienstmädchen, das niemals geimpft worden war, trat am 14. Dezember 1899 eine neue Stelle an, in welcher es ein vor wenigen Tagen geimpftes Kind zu beaufsichtigen hatte. Am 21. Dezember bemerkte die Patientin an ihren Händen einige Flecke, die allmählich an In- und Extensität zunahmen und sich schliefslich zu typischen Vaccinationspusteln entwickelten. Die Axillar- und Kubitaldrüsen waren stark vergröfsert. Nach einigen Tagen trockneten die Pusteln ein und verschwanden im weiteren Verlaufe. Die Patientin kann nunmehr als geimpft angesehen werden.

2. **Hauthämorrhagie und Pigmentation in einem Falle von Basedowscher Krankheit**, von B. A. Nicol. Die 27jährige Patientin bemerkte vor acht Monaten zum ersten Male eine Schwellung vorn am Halse und das Hervortreten der Augäpfel. Am 1. Dezember 1899 kam sie ins Charing Cross Hospital mit Klagen über Amenorrhoe, Abmagerung, Herzklopfen, Unlust zur Arbeit. Die Haut am ganzen Körper war dunkel pigmentiert. Es bestand Struma und mäfsiger, aber deutlich ausgeprägter Exophthalmus. Am 11. Dezember traten an der Vorder- und Seitenfläche der Kniegelenke und auf der Streckseite der Ellenbogengelenke bläulichrote Flecke auf, die auf Druck nicht verschwanden, nicht juckten. Die Haut über denselben fühlte sich trocken und rauh an und war mit einer feinen Schuppe bedeckt. Drei Tage nach dem Auftreten dieser Flecke wurden einige Bläschen bemerkt, die pustulös wurden und rasch eintrockneten. Die roten Flecke veränderten bald ihre Farbe, am sechsten Tage nach ihrem Erscheinen sahen sie braun aus. Seitdem bestehen zur Zeit noch leicht schuppende, pigmentierte Stellen, wo sich früher die Hämorrhagien befanden. Der Zustand der Patientin hat sich verschlimmert. Die allgemeine Pigmentation der Haut ist intensiver geworden.

Band XII. März 1900.

I. **Ein Fall von Purpura mit Bemerkungen über viscerale Komplikationen derselben**, von F. P. Weber-Dalston. Ein 17jähriger Maschinist erkrankte am 10. Oktober 1899 mit Fieber, Schüttelfrost, Schmerzen in den Beinen. Einige Tage darauf wurden verschiedene Hautstellen rot, schmerzhaft und verursachten Jucken. Gleichzeitig trat allgemeine Körperschwäche auf, die stetig zunahm und den Patienten zwang sich ins Hospital aufnehmen zu lassen. Bei seinem Eintritt zeigte er im Gesicht, auf der Brust, an Armen und Beinen purpurrote Flecke. Bemerkenswert waren die Hautecchymosen um die Augen herum. Der Augenhintergrund erwies sich jedoch bei der ophthalmoskopischen Untersuchung frei davon, ebenso war die Mundschleimhaut frei von Hämorrhagien; das Zahnfleisch war weder geschwollen noch leicht blutend.

Die Untersuchung des Herzens ergab normale Lage und reine Herztöne; dagegen waren über beiden Lungen bronchitische Geräusche hörbar. Das Sputum enthielt Blut; die Stühle waren diarrhoisch, nicht blutig. Im weiteren Verlaufe traten neue Purpuraflecke auf; der Urin wurde eiweifshaltig. Das Allgemeinbefinden verschlechterte sich trotz guter Pflege zusehends; die Schwäche nahm trotz reichlicher Stimulantien stetig bis zu dem am 18. November erfolgten Tode des Patienten zu.

In der Epikrise bemängelt der Verfasser die Bezeichnung Purpura haemorrhagica, bei der er das Epitheton „haemorrhagica“ für vollständig überflüssig hält; ebenso ist die Bezeichnung Purpura rheumatica für Fälle, wie den vorliegenden, nicht geeignet, weil hier die Purpura weniger im Zusammenhange mit Rheumatismus als mit einer Lungenaffektion aufgetreten ist. Der Verfasser weist an mehreren Krankengeschichten aus der Praxis wie aus der Litteratur nach, dafs Lungen- wie Nierenerkrankungen sich mit Purpura komplizieren können.

In vereinzelten Fällen ist der Purpuraausschlag auf eine Intoxikation zurückzuführen.

II. **Meningitischer Herpes**, von W. Evans. Der Herpes zoster kann auftreten 1. bei epidemischer Cerebrospinalmeningitis und ist hier ein relativ häufiges Hautsymptom; 2. bei tuberkulöser Meningitis, jedoch entschieden selten, während er bei der nichttuberkulösen Basilarmeningitis der Kinder häufiger auftritt, dann gewöhnlich bilateral ist, die Verzweigungen des fünften Gehirnnerven befallend. So kann er bisweilen für die Diagnose einer tuberkulösen Meningitis verwertet werden und ge-

staltet, weil er bei der letzteren weit häufiger sich zeigt, auch die Prognose etwas günstiger; 3. bei einer Meningitis, die sich an eine Mittelohrentzündung anschliefst. Weil sich aber zu dieser noch andere intrakranielle Komplikationen hinzugesellen, so läfst sich nicht immer behaupten, dafs der Herpes gerade auf die Meningitis und nicht auf die anderen Komplikationen zurückzuführen sei.

Die charakteristischen Merkmale des Herpes zoster, der aus einer Meningitis resultiert, sind folgende: An erster Stelle zeigt sich eine grofse Tendenz desselben namentlich bei der epidemischen Cerebrospinalmeningitis und bei der nicht tuberkulösen Basilarmeningitis der Kinder zur bilateralen, symmetrischen Verteilung der Efflorescenzen und zweitens zu einer hartnäckigen Persistenz derselben, wie sie bei gewöhnlichem Zoster selten ist. Der meningitische Herpes zoster entspricht immer der Verteilung der Nervenwurzel und nicht eines Nerven.

III. **Ein Fall von Dermatitis gangraenosa**, von David Couper-Glasgow. Der 62jährige Patient zeigte bei der ersten Besichtigung durch den Verfasser auf der vorderen Hälfte des Fufsrückens eine deutlich abgegrenzte, schwach gerötete Fläche, auf welcher sich zahlreiche schlappe Blasen befanden. Ihr Inhalt war zumeist klar, vereinzelt schien er etwas bluthaltig zu sein. Die Affektion hatte vor einigen Tagen begonnen und sich mit Schüttelfrost, Erbrechen, Mattigkeit und Schmerzen in den Beinen eingeleitet. Der Patient war bis dahin ein gesunder, kräftiger Mann gewesen.

Im weiteren Verlaufe dehnte sich der Ausschlag auf den Unterschenkeln bis hinauf zum Knie aus, nahm ein weifsliches, später ein schwärzliches Aussehen an. Es bildeten sich Schorfe, nach deren Abfallen eine ulcerierende Fläche zu Tage trat.

Das Allgemeinbefinden war wenig gestört, die Lymphgefäfse waren nicht in Mitleidenschaft gezogen.

In ätiologischer Beziehung ist von Interesse, dafs der Patient mehrere Tage hintereinander bei Beginn der Krankheit gegen die Fufsschmerzen eiskalte Umschläge gemacht hatte.

Unter täglichen antiseptischen Waschungen und Applikation von Kataplasmen, welche in heifse, 10%ige Ichthyollösung getaucht waren, trat vollständige Heilung ein. Verfasser hatte dem Patienten bereits eine Operation vorgeschlagen, welche dieser jedoch entschieden zurückwies. *C. Berliner-Aachen.*

Bücherbesprechungen.

Die Litteratur über die venerischen Krankheiten, von Proksch. Supplementband I. Enthält die Litteratur von 1889—99 und Nachträge aus früherer Zeit. (Hanstein, Bonn, 1900.) Die Syphiligraphie hat das seltene Glück, einen Fachgelehrten wie Proksch zu besitzen, welcher mit eindringender Sachkenntnis einen aufserordentlichen Fleifs und die absolut notwendige, pedantische Gewissenhaftigkeit des Philologen und Bibliophilen verbindet, wie sie zur Abfassung einer erschöpfenden Bibliographie notwendig sind. Jeden mit der Litteratur einigermafsen bekannten Kollegen, welcher bei Abfassung einer Arbeit den Proksch konsultiert nnd sich die Mühe nimmt, Stichproben anzustellen, wird die Gründlichkeit und Zuverlässigkeit erfreuen, mit welcher auch dieser Supplementband jede Frage beantwortet. Man findet selbst solche Arbeiten am gehörigen Orte, die nach ihrem Titel kaum die Zugehörigkeit des Inhaltes erraten lassen, was immer das sicherste Zeichen ist, dafs der Autor selbst

den Stoff beherrscht, den er bibliographisch bearbeitet. Der Referent leugnet nicht, dafs er beim Durchblättern des Werkes noch eine Art patriotischer Genugthuung darüber empfand, dafs diese in ihrer Art einzig dastehende Bibliographie der deutschen Litteratur angehört. Denn es gab eine Zeit, wo die Gelehrsamkeit und Gründlichkeit in hervorragendem Mafse eine deutsche Eigentümlichkeit war. Die Zeit ist vorüber, wenigstens was die bibliographische Gründlichkeit der Mediziner betrifft. Wir sind längst vom Auslande überholt. Das zeigt nicht nur die Mehrzahl der gelesensten Handbücher, die in England, Frankreich und Amerika erscheinen, das zeigt vor allem das monumentale Riesenwerk von Billings und seinen Mitarbeitern. Zweifellos hat der Index-Katalog und der Index medicus auch Proksch und insbesondere bei Durcharbeitung der Litteratur des letzten Jahrzehnts wesentliche Dienste geleistet. Arm in Arm mit Billings ist es heutzutage nicht mehr so schwer, bibliographisch zu arbeiten. Aber das hat eben Proksch vor anderen Litteraten voraus, dafs wir ihm nach seinen früheren Leistungen zutrauen, dafs er selbst den amerikanischen Index noch zu ergänzen gewufst hat. Jedenfalls wird es kaum Jemand geben, welcher Proksch in seinem Venero-Index Lücken nachweisen kann, aufser dem Autor selbst, der in der That in diesem Supplementband uns noch mit allerlei interessanten und zum Teil sehr ehrwürdigen Nachträgen zu den ersten drei Hauptbänden des Werkes überrascht. Wohlthuend berührt es auch, dafs dieser Supplementband als No. I vorgeführt wird, wir also die Hoffnung haben, dafs alle zehn oder fünf (?) Jahre ein Nachtrag das Werk von Proksch bis zur neuesten Zeit ergänzen wird. Dieser Umstand giebt uns auch den Mut, dem Autor vorzuschlagen, in seinem nächsten Supplementband ein Kapitel der Anatomie der Genitalien einzuschieben, welches wohl ebenso erwünscht ist wie die Kapitel über Endoskopie der Blase, Phimosis und Paraphimosis, die ja auch nur einen lockeren Zusammenhang mit dem Hauptthema haben, aber in der That die Leser von Proksch wesentlich interessieren. *Unna-Hamburg.*

Die ekzematösen (skrophulösen) Augenerkrankungen, von Ludwig Bach-Würzburg. (Marhold, Halle a. S., 1899.) Die Skrophulose, so resumiert der Verfasser des kompendiösen Buches, spielt insofern eine Rolle bei der Bildung ekzematöser Augenleiden, als sie eine starke Disposition dazu schafft. Die Statistik bezüglich der Gröfse des Einflusses der Skrophulose auf die ekzematösen Augenleiden ist nur von zweifelhaftem Werte, da ja der Begriff „Skrophulose" selbst ein noch nicht scharf und exakt genug begrenzter ist. Jedenfalls spielen äufsere Einflüsse eine entscheidende Rolle, speziell bei der Entstehung der Efflorescenzen. Experimentell ist die Bedeutung der Bakterien dabei als wahrscheinlich festgestellt worden. Aller Annahme nach handelt es sich um Einwirkung solcher oder chemischer Substanzen auf primäre Epithelalterationen. Die Phlyktäne stellt sich gewöhnlich zuerst als ein subepitheliales Knötchen dar. „Die Möglichkeit einer ektogenen Genese ist bis jetzt durch die anatomischen Untersuchungen nicht widerlegt."

Aus dem übrigen Teil des Buches greifen wir als uns besonders interessierend die Besprechung der Therapie des Lidekzems heraus: Allgemeinzustand und hygienische Verhältnisse des Kranken sind vor allem zu heben und zu bessern. Bei skrophulösem Habitus Landaufenthalt, Abreibungen, Sool- und Seebäder, Leberthran, Jod, Eisen, Chinin und Arsen. Ist das Lidekzem im Anschlufs an Bindehaut- oder Hornhautaffektionen entstanden, so sind zuerst diese letzteren zur Heilung zu bringen. Zur Erweichung der Borken dienen die Salben, als deren Konstituens Ung. emolliens und weifse Vaseline zu empfehlen sind. Als Zusatz werden am besten Merkursalze gebraucht. Am mildesten wirkt die weifse Präcipitatsalbe, an deren Stelle im Falle einer Reizung die 1—2%ige Borsalbe zu treten hat. Die Behandlung ist stets

längere Zeit fortzusetzen, da das Lidekzem gerne recidiviert. Bei impetiginösem Ekzem epiliere man die Cilien der erkrankten Partien, entferne die Kruste, öffne die Pusteln und betupfe die offenen Stellen mit dem Lapis mitigatus. Darüber gebe man Lassarsche Paste, in der man die Salicylsäure auch durch Ol. cadin. 0,2—0,5, Camphor. trit. 0,05 oder Sublimat 0,02—0,05 ersetzen kann. Sehr gute Dienste leisten auch folgende Salben: Ol. fagi (rusci) 1,0 zu Ung. Glycerini 10,0 oder Pix liquid., Vasel. ää 5, Kal. carbon. 0,5, Alcohol. absol. gtts. IV—VI. Raehlmann beschuldigt den Demodex folliculorum, in den Cilienbälgen die Ursachen der Blepharitis zu sein und empfiehlt Bals. peruv. 2,0 zu Lanolin 6,0. Alle äufseren Reize sind von den erkrankten Lidern fernzuhalten. Anderweitige Ekzeme des Gesichts sind nicht zu vernachlässigen.

Hopf-Dresden.

Die Krankheiten der männlichen Harnorgane. Vorlesungen über Diagnostik und Therapie für Ärzte und Studierende, von Martin Friedländer-Berlin. Mit 80 Abbildungen. (Berlin, 1900, Louis Marcus.) Wie das Vorwort besagt, hat das in dreizehn Vorlesungen eingeteilte Buch vor allem den Zweck, den zahlreichen Schülern Lassars einen Leitfaden bei dessen Kursen zu bilden und ist wegen der klaren, allerdings nur die Ansichten der Lassarschen Schule wiedergebenden Sprache für den Anfänger ein sehr geeigneter Wegweiser. Die erste Vorlesung bespricht kurz die Anatomie und Physiologie der Harnorgane des Mannes und dann die Blennorrhoe, deren Diagnose und Prognose; bei der Behandlung wird mit Recht vor Schematisieren gewarnt. Nach dem Prinzip der Lassarschen Schule sollen anfangs innere Mittel (die verschiedenen Balsamica) und erst nach 8—10 Tagen Einspritzungen zur Anwendung kommen. Die Spülmethode von Janet hält Fr. für nicht geeignet, da die Prognose ebenso dubiös bleibt und die durchschnittliche Dauer der Behandlung nicht geringer ist wie bei der alten Injektionsmethode, ferner der beschäftigte Arzt nicht die Zeit, sowie der Patient nur selten die Lust hat, ein oder mehrere Mal jeden Tag diese zeitraubende Behandlung zu üben. (Auch Referent ist der Ansicht, dafs die Spülmethode vor allem zur Behandlung im Krankenhaus sich eignet.) Aufser den bekannten Lösungen zur Injektion empfiehlt Fr. besonders Ichthyol (1,0—1,5 : 200,0), sechsmal täglich eine Einspritzung, auch bei der chronischen Blennorrhoe in entsprechend stärkerer Konzentration (15,0 : 100 0) zu Instillationen. Der Teilung des Urins (Zweigläserprobe) für die Lokaldiagnose mifst Fr. keine besondere Bedeutung bei, hält sie sogar für überflüssig, die Untersuchung der Harnröhre mittelst Knopfsonde sei meist genügend, um den Sitz den Erkrankung festzustellen. Im äufsersten Falle, d. h. für eine beschränkte Anzahl aufsergewöhnlicher Fälle, tritt die Endoskopie in ihr Recht; in der vierten Vorlesung sind dieselben, sowie die ihr anhaftenden Fehler eingehend gewürdigt. Zu den Instillationen (Therapie des chronischen Trippers) hat Fr. einen Katheter aus Silber statt des ursprünglich elastischen von Guyon konstruieren lassen und eine Spritze, welche eine Kombination der Guyonschen und Ultzmannschen ist. Die Striktur und deren Behandlung bilden den Inhalt zweier umfangreicher Kapitel, welche durch recht anschauliche Zeichnungen illustriert sind. Weiter folgen nun die Krankheiten der Blase, die Cystoskopie und deren Anwendungsgebiet, welches Fr. nur bei mangelnder Aufklärung durch die übrigen Hülfsmittel, auf Steine oder Fremdkörper, zur Konstatierung von Geschwüren, Sitz, Gröfse, Art von Blasengeschwülsten, auf Blasenblutungen u. a. beschränkt wissen möchte, da eben die Einführung des Cystoskops kein angenehmer Akt für den Patienten sei. Akute und chronische Cystitis sind genau beschrieben, bei deren Behandlung rühmt auch Fr. als innerliches Mittel das in neuerer Zeit so sehr gelobte Urotropin. Die Krankheiten der Prostata erfahren die entsprechende Würdigung, bei der Behandlung der Prostatahypertrophie scheint die Bottinische

Operation dem Referenten etwas zu nebensächlich behandelt zu sein. Andererseits rät Fr., bei Beginn der Erkrankung stets mit Testikelsubstanz innerlich den Versuch zu machen, in vier solchen Fällen hatte er mit zwei Tabletten à 0,3 Testikelsubstanz guten Erfolg. Die zwölfte Vorlesung enthält die Krankheiten des Hodens, die dreizehnte die Störungen der Geschlechtsfunktionen. Die aufserordentlich konservative Tendenz des Buches verrät sich wiederum bei Behandlung der tuberkulösen Hodenentzündung, gegen welche in erster Linie allgemein diätische und medikamentöse Therapie empfohlen wird, während operatives Vorgehen (Totalexstirpation) nur selten von Erfolg begleitet sei. Gegen übermäfsige Pollutionen sind bei Versagen der diätetischen Mittel als sehr wichtig anzuführen die Winternitzschen Psychrophore (Kühlsonden mit Charrière- und Beniquékrümmung, Ausspülung mit kaltem resp. Eiswasser). Anhangsweise ist ein Verzeichnis der bei den beschriebenen Affektionen (an Lassars Klinik) gebräuchlichsten Rezeptformeln beigegeben. *Stern-München.*

Taschenbuch für Dermatologen und Urologen, von Albrecht Freiherr von Notthafft-München. (Seitz & Schauer. München 1900.) In der letzten Zeit sind zahlreiche Kompendien und Vademecums für Dermatologen auf dem Büchermarkt erschienen. Auf Wunsch der Verlagshandlung Seitz & Schauer hat der Verfasser dazu ein neues gefügt. In gedrängter und gefälliger Form ist ein grofser Vorrat von diagnostischen und therapeutischen Hülfsmitteln darin niedergelegt. Allerdings glaubt Referent, dafs das Büchlein eher für den allgemeinen Praktiker von Nutzen sein dürfte, als für Fachkollegen. Von letzteren wird wohl jeder seine Therapie intus haben, und zum Nachschlagen zu Hause existieren ja ausgezeichnete Bücher, wie Leistikow u. a. Es wäre vielleicht zu empfehlen, einzelne Kapitel bei einer späteren Auflage zu kürzen wie die allgemeine Arzneiverordnungslehre. Aus dem Inhalt der Abteilung „Arzneimittel" wäre Notthaffts absolut ungünstiges Urteil über Naftalan und Oesypus zu erwähnen. Lanolin erklärt er für „kein Fett". In dem Arzneischatz fehlen einige erprobte Medikamente, wie z. B. Nikotianaseife, Hyrgol (Hydrargyrum colloidale) und Unnas Zinkschwefelpaste. *Hopf-Dresden.*

Pathologie und Therapie des Hautjuckens. I. Teil. Allgemeine Pathologie und Therapie. Pruritus simplex, von S. Jessner. (A. Stubers Verlag. Würzburg 1900.) Die vorliegende Abhandlung bildet das dritte Glied in der Reihe dermatologischer Vorträge für Praktiker des Verfassers und vereinigt alle Vorzüge der früheren Hefte — Präzision, Klarheit, vorzügliche Übersicht über die einschlägige Therapie und Handlichkeit. Dem allgemeinen Praktiker dürfte das Heft eine Quelle guten Rates bilden und auch der Fachkollege wird es mit Nutzen durchblättern. Genauerer Bericht folgt mit dem demnächst erscheinenden zweiten Teil.

Hopf-Dresden.

Mitteilungen aus der Litteratur.

Chronische Infektionskrankheiten.

a. *Lepra.*

Die Bedeutung einiger Nachrichten über den Aussatz in Persien, von Iwan Bloch. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1899. No. 9. Verfasser kommt auf Grund seiner Forschungen zu dem Resultat, dafs der Name „Lepra" für den Aussatz älter sei, als Elephantiasis (Arabum); dieser letztere Name fängt erst an nach dem indischen Feldzuge Alexanders des Grofsen gebräuchlich zu werden. *F. Hahn-Bremen.*

Allgemeine Betrachtungen über die Ätiologie und Pathogenie der Lepra in Rumänien, von C. T. Bolintineanu. (Dissertation, Bukarest 1900.) B.s Dissertation berücksichtigt in erster Reihe die geographische Verbreitung der Lepra in Rumänien. Die ersten Leprafälle sind 1874 von Schreiber beschrieben; wahrscheinlich ist die Krankheit von Rufsland, Österreich und der Türkei eingeschleppt worden. Die Volkssprache kennt keinen anderen Krankheitsnamen als Lepra, nur bedeutet Lepra aufserdem sowohl eine unheilbare Krankheit wie auch eine Gottesstrafe; daraus schliefst Verfasser, dafs die Krankheit im früheren Jahrhundert in den rumänischen Ländern arg gewüthet haben mufs. B ist überzeugter Kontagionist. Seiner Ansicht nach ist die Lepra in Rumänien nicht selten. Es kommen alle Formen vor, nur sollen manchmal abgeschwächte Spielarten vorkommen, die sich vom klassischen Typus so sehr entfernen, dafs ihre klinische Diagnose erschwert ist. Von den 32 Bezirken Rumäniens sind Lepröse in 21 anzutreffen, in der Ebene öfters als in den Bergen, in der Walachei zahlreicher als in der Moldau, besonders stark in den Bezirken Jlfov, Arges, Vlasca, Tulcea, Vâlcea, Mehedintzi und Muscel. Dafs die Lepra in der Ebene öfters vorhanden ist, will Verfasser auf den erleichterten Verkehr zurückführen, allein er ist aufserdem der Meinung, dafs die Lepra unbemerkt auch in den sog. immunen Bezirken vorkommen müsse. Sowohl der Handelsverkehr, der früher oft besonders lebhaft nach dem Orient stattfand, wie auch die verschiedenen Heeresfahrten, zuletzt der Durchmarsch der russischen Armee während des 1877er russisch-rumänisch-türkischen Krieges sollen der Verbreitung der Lepra Vorschub geleistet haben.

Die Zahl der bis jetzt bekannten Leprösen Rumäniens beläuft sich auf 208, was so viel wie 3,7 : 100,000 Einwohner ausmacht. Verfasser glaubt, dafs die Lepra auch in Rumänien viel eher den Eindruck einer sich stetig, wenn auch langsam ausdehnenden, denn einer aussterbenden Seuche macht. Die Krankheit kommt auf dem Lande öfters vor als in den Städten. In den Bergen ist die Zahl der Leprösen gröfser, wenn auch die Seuche, wie bereits erwähnt, in der Ebene öfters anzutreffen ist. Männer und Frauen sind gleichmässig ergriffen. Das Alter der Leprösen schwankt zwischen 8—63 Jahren, die meisten Kranken standen im Alter von 20—40 Jahren; hieraus schliefst Verfasser, dafs die meisten Infektionen im Kindes- und Pubertätsalter stattfinden. Je älter das Individuum, desto weniger wahrscheinlich ist die Möglichkeit einer Infektion.

Auch in Rumänien ist die Lepra besonders unter der armen Bevölkerung anzutreffen; unzureichende Nahrung, Unreinlichkeit und unhygienische Wohnungen

tragen wohl das ihrige bei, die Individuen empfänglicher zu machen. Gesalzene Fische, gepreſste Rogen, ranziges Öl, Oliven sollen nach Verfasser ohne Bedeutung sein. Die meisten Kranken waren Bauern und Bäuerinnen (80), Arbeiter und Arbeiterinnen (41), Hausfrauen (19), Fischer (14), Nonnen (5) u. s. w.

Über die Erblichkeit der Lepra kann Verfasser keine Aussage machen.

Hârsu - Bukarest.

Lepra in Neu Süd-Wales, von J. A. Thompson. (*Brit. med. Journ.* 14. Januar 1899.) Der Bericht des Verfassers bezieht sich auf das Jahr 1896. Im Lepra-Lazareth befanden sich am 1. Januar 1896 37 Patienten. Während des Jahres 1896 wurden 9 Personen als leprös verdächtig aufgenommen; nur 3 derselben erwiesen sich nach genauer Untersuchung als mit Lepra behaftet. Diese drei waren Chinesen. Überhaupt stellten die Chinesen ein groſses Kontingent der Erkrankten. 19 chinesische Lepröse wurden unter sorgfältiger ärztlicher Obhut und guter Verpflegung nach China zurückgeschickt. Am 31. Dezember 1896 waren nur noch 16 Lepröse im Hospital. Seit dem Jahre 1883 betrug die Gesamtzahl der im Lazareth untergebrachten Leprösen 61, von denen 5 Europäer, 32 Chinesen, 15 Eingeborene waren.

C. Berliner-Aachen.

Bericht über die Lepra in Neu Süd-Wales für das Jahr 1897. Am 1. Januar 1897 befanden sich 16 Personen unter Aufsicht im Lepralazareth. Während dieses Jahres wurden 7 neue Personen als lepraverdächtig eingeliefert, von denen nur drei als leprakrank befunden wurden. Von ihnen blieben zwei im Lazareth. Von den übrigen Insassen starben drei Patienten (1 Engländer, 1 Belgier und ein Eingeborener von Neu Süd-Wales von europäischer Abkunft), zwei Chinesen kehrten nach China zurück. So betrug am 31. Dezember 1897 die Zahl der Kranken 13 (10 Weiſse und 3 Farbige), darunter 6 Eingeborene von Neu Süd-Wales, 1 Engländer, 1 Europäer aus Figi, 1 Deutscher, 1 Amerikaner, 1 Javaner, 1 Eingeborener von Tanna und 1 Hindu. Im ganzen wurden seit 1883 36 Lepröse aufgenommen.

I. Bloch-Berlin.

Jahresbericht für 1898 über das Leprahospital zu Pelantöngan, von F. J. Müller. (*Geneesk. Tijdschr. voor Nederl. Indie.* 1899. No. 39.) Zu den 46 Patienten die am 1. Januar 1898 im Spital anwesend, gesellten sich im Verlaufe des Jahres weitere 58, 8 Europäer, Kreolen und Farbige, 1 Amboines und 49 Inländer. Die Gesamtzahl der während des Jahres 1898 Behandelten beträgt 104, 80 Männer und 24 Frauen. Es werden 6 Krankengeschichten von Europäern mitgeteilt. Wie im vorigen Jahre bestand die Behandlung in innerer und äuſserer Anwendung von Chinosol und Einreibungen von Europhenöl, welche Behandlung sich auch dieses Mal bewährt hat, soweit dies wenigstens bei dieser Affektion vorläufig möglich ist.

C. Müller-Genf.

Zur Prophylaxis der Lepra, von B. Solari. (*La Semana medica.* 1899. No. 40.) Bericht an das Präsidium der St. Vincenz-Gesellschaft in Korrientes. Der Verfasser verlangt in seinem Gesetzprojekt obligatorische Unterbringung der Leprakranken in eigens hierzu konstruierten Spitälern (Leproserien) da er von der Kontagiosität der Affektion überzeugt ist.

C. Müller-Genf.

Zur Frage der Bakteriologie der Lepromata, von J. Barannikow. (*Centralbl. f. Bakteriol.* 4. Mai 1899.) Als vorläufige Mitteilung berichtet Verfasser, daſs es ihm gelungen eine Kultur eines Bacillus aus jungen und alten, geschwürigen und intakten Lepraknoten zweier Leprösen zu erhalten. Als Material für die Kultur dienten auch Nasensekret, Schweiſs, das von zwei pigmentierten Hautflecken entnommene Blut. Die Entwicklung des Bacillus hängt hauptsächlich vom Medium ab; Haut, Gehirn,

Ödemflüssigkeit stellen nach einer gewissen Vorbereitung den besten Nährboden dar. Die Kultur entwickelt sich in $1^1/_2$—4 Tagen. Bei ungünstigem Nährboden bleibt das fortschreitende Wachstum makroskopisch unbemerkbar. Die erhaltenen Stäbchen scheinen ähnlich denjenigen von Babes, Bordoni-Uffreduzzi, Gianturco, Levy, Czaplewski, Spronck. Sie ähnen den Tuberkel- und Diphtheriebacillen. Die verschiedenen „Einlagen" (? d. Ref.) in allen leprösen Neubildungen können durch den Bau und die Kolonienbildung des Stäbchens erklärt werden. Dasselbe ist sehr wenig virulent, übt mehr mechanische als chemische Wirkungen aus.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Die Sensibilitätsstörungen der Lepra, von S. G. Nicolau. (Dissertation, Bukarest 1899.) Diese Dissertation giebt zunächst eine klinische Übersicht der Lepra; auch aus Verfassers Untersuchungen ergiebt sich, dafs die Fälle gemischter Lepra am häufigsten vorkommen. Verfasser ist der Meinung, dafs die Ansicht Jeanselmes, demzufolge eine Erosion der Glandula pituitaria dem Leprabacillus als Eintrittspforte dient, der sich dann in der Nasenhöhle vermehrt bevor er sich im Organismus verbreitet, nicht annehmbar sei; es kann die Nase allein nicht als Eintrittspforte dienen. Die im Niveau der Hauteruptionen bei der Lepra tuberculosa festgestellten Sensibilitätsstörungen bieten den Charakter der banalen oder der syringomyelitischen Dissociation. Nur selten werden bei der Lepra sensorielle Störungen beobachtet; dort wo sie vorhanden sind, sind sie nicht der Läsion besonderer Nerven, sondern spezieller Organe zuzuschreiben. In der nervösen Lepra sind die von den Läsionen des Nervensystems abhängigen Manifestationen vorherrschend. In Rumänien ist Verfasser der erste, der die Sensibilitätsstörungen der Leprösen sowohl auf Kalindérus Krankenhausabteilung wie in der Leproserie zu Rachitoasa im Bezirke Tecuciû untersucht hat. Sie beginnen mit Hauthyperästhesien, mit neuralgischen Schmerzen und Anästhesien. Bei der Lepra beginnt die Anästhesie gewöhnlich an den Extremitäten; ist sie ausgesprochen, dann ist sie gewöhnlich symmetrisch, im Beginn einen der Extremitätenränder, nach innen oder nach aufsen, einnehmend. Anfänglich ist die Anästhesie streifenförmig, die fortschreitend das Glied ganz umfafst und mit der Zeit einen segmentären Typus annimmt.

Seltener ist die Anästhesie isoliert im Gesicht und am Stamm anzufinden. Die obere Grenze der Anästhesie bildet eine mehr oder weniger schräge Ellipse; sie schreitet immer fort, so dafs die festgestellte Anästhesie nicht als unveränderlich angesehen werden darf. An der oberen Grenze findet sich eine täglichen Schwankungen unterworfene Zone. Der Übergang zwischen anästhetischen und normalen Stellen findet nicht unvermittelt statt. Je mehr wir uns der Basis der Extremität nähern, desto weniger tief ist die Anästhesie. Im Beginn wenigstens umfafst sie nicht alle Arten der Sensibilität. Verfasser glaubt, dafs bei der Lepra sich allmählich eine vollständige Anästhesie einstellt; die dissociierte Anästhesie ist nur vorübergehend. Von den syringomyelitischen Sensibilitätsstörungen sind sie wohl zu unterscheiden. Die im Niveau der Hauteruptionen bei der Lepra tuberculosa vorhandenen Sensibilitätsstörungen sind auf definitive oder temporäre Veränderungen der von den leprösen Infiltrationen mechanisch komprimierten nervösen Endfasern zurückzuführen.

Hârsu-Bukarest.

Ophthalmoskopische Befunde bei Leprösen, von v. Düring und Trantos. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1900. No. 9.) Um in schwierigen Fällen Symptome von Bedeutung für die Differentialdiagnose zwischen Lepra und Syringomyelie zu finden, haben Verfasser eine Reihe von ophthalmoskopischen Untersuchungen angestellt, und chorioretinitische Veränderungen festgestellt, die sie unbedingt als durch das spezifische Virus bedingt ansehen. *F. Hahn-Bremen.*

Lepra der Nase, des Pharynx und des Larynx, von Eugen Felix. (Bukarest 1899.) Vorliegende Arbeit, die dem Verfasser als Habilitationsschrift an der Bukarester medizinischen Fakultät gedient hat, fußt auf der Untersuchung von 36 Leprakranken, von denen 32 in der Leproserie zu Rachitoasa untergebracht sind, während 3 in der dermato-syphilodologischen Abteilung des Prof. Petrini-Galatz, 1 auf der inneren Abteilung des Prof. Kalinderu im Brâncoveanu-Krankenhause in Behandlung standen. Sie zerfällt in fünf Abschnitte. Nach einer kurzen historischen Einleitung folgt die Schilderung der Entwickelung und der Symptome, dann die Diagnose und die Prognose, die pathologische Anatomie und schließlich die Behandlung der Lepra. Aus den Krankengeschichten ergeben sich folgende Daten: Die Kranken waren im Alter von 14 bis 60 Jahren; davon waren 20 männlichen und 16 weiblichen Geschlechts. Es litten 11 an tuberkulöser, 13 an anästhetischer und 12 an gemischter Lepra. Vom Beginne der Krankheit bis zu dem Augenblick wo Nase und Hals untersucht wurden, verstrichen 2 bis 26 Jahre. In den Fällen von anästhetischer Lepra waren die Läsionen weniger ausgesprochen, als in den Fällen von tuberkulöser Lepra. Nur in 12 Fällen fehlte die Epistaxis, die sonst stets im Beginn der Krankheit beobachtet werden konnte. In 22 Fällen konnte Perforation oder Destruktion der knorpeligen Nasenscheidewand festgestellt werden; in drei Fällen war auch ein Teil des knöchernen Skeletts des Septums zerstört. Zweimal war das Velum palatinum mittels defekter Narbenbildung mit der hinteren Pharynxwand verwachsen. In drei Fällen konnte Verfasser papillomatöse Exkrescenzen an der Zunge beobachten. In zwei Fällen waren auf dem Gaumendach große sternförmige Narben vorhanden, die sich auf die Uvula und auf die Gaumenbögen ausdehnten. In zwei Fällen waren die vorderen mit den hinteren Gaumenbögen verwachsen. In einem Falle waren Ulcerationen an der Lippe vorhanden und in einem anderen Falle war Uvula mit dem vorderen linken Gaumenbogen verwachsen. In den vom Verfasser untersuchten Fällen konnte eine Perforation des Gaumendachs nicht festgestellt werden. Ein ausführliches Litteraturverzeichnis beschließt die recht interessante Arbeit.

Hârsu-Bukarest.

b. *Tuberkulose.*

Einen Lupus vulgaris von ungewöhnlicher Ausdehnung demonstriert Rille in der Wissenschaftlichen Ärztegesellschaft in Innsbruck, Sitzung den 18. November 1899. Bei dem jetzt 27jährigen Kranken soll bereits im ersten Lebensjahre das Leiden begonnen haben. Zur Zeit sind Gesicht, sowie beide Ober- und Unterextremitäten in ausgedehntem Maße ergriffen. Den Lupus exfoliativus, ulcerosus, verrucosus findet man nebeneinander. Mehrere Flecke schreiten serpiginös fort. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1900.) *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Einige Bemerkungen über den therapeutischen und diagnostischen Wert des Alt-Tuberkulins, von A. Neisser. (*Ther. d. Gegenw.* Jan. 1900.) Verfasser ist bei reichlicher Anwendung des Alttuberkulins vor Enttäuschungen stets bewahrt geblieben, weil er sich nie einem übertriebenen Enthusiasmus hingegeben hat. Das Alttuberkulin erzeugt bei tuberkulösen Herderkrankungen stets eine örtliche Reaktion und eine (nebenbei unerwünschte) Allgemeinreaktion, die eine sichere Diagnose gestatten. Sogenannte Tuberkulinexantheme hat Verfasser auch nur bei Leuten gesehen, die sicher tuberkulös waren; auch therapeutisch läßt sich die örtliche Reaktion gut ausnutzen, vor allem bei Patienten, die an oberflächlichen Tuberkuloseherden leiden, und bei denen durch Auskratzungen, Ausätzungen etc. offene Wundflächen geschaffen sind. Hier können wir die exulcerierende, gewebeabstoßende und vielleicht auch

bacillenausstoßende Wirkung sehr starker örtlicher Reaktion gebrauchen; nur muß man genügend lange Pausen zwischen den einzelnen Injektionen machen, um den nützlichen Vernarbungsvorgang der vorangegangen Injektion nicht zu stören oder zu schädigen. *F. Hahn-Bremen.*

c. *Syphilis.*

Aus der Praxis eines alten Arztes. (Einiges über Syphilis), von Max Leudesdorf. (*Zeitschr. f. prakt. Ärzte.* 1899. Bd. VIII. Heft 10—12.) Gestützt auf eine Erfahrung von 50 Jahren entwirft der Verfasser eine an originellen Bemerkungen reiche Schilderung von der Syphilis in ihrer medizinischen und sozialen Bedeutung. Der treffliche Essay, einer der gediegensten aus neuerer Zeit, verdient im Original gelesen zu werden. Hier sei nur einiges Bemerkenswerte hervorgehoben.

Was die Therapie betrifft, so sah Verfasser Fälle, wo Sublimatpillen rasch wirkten, wo man mit Schmierkur nicht weiter kam. In anderen Fällen war es umgekehrt. Bisweilen war so gut wie gar keine Wirkung ohne Jodkalium, sei es mit den Pillen oder mit der Einreibung. Einspritzungskuren betrachtet Verfasser recht skeptisch. Die Lues der kleinen Kinder hat er womöglich schon in utero behandelt. Später gaben Sublimatbäder (0,25 auf eine kleine Badewanne, Bad war 10 Minuten) rasche Erfolge. Größeren Kindern, d. h. noch innerhalb des ersten Lebensjahres verabfolgte er Kalomel in refracta dosi und erreicht auch was zu erreichen war. Doch ist er Pessimist und traut nicht der Zukunft dieser Patienten.

Der Annahme, daß, wenn äußerlich keine wunden Stellen vorhanden seien, die Gefahr der Infektion fehle, tritt Verfasser energisch entgegen. Er selbst sah in neuester Zeit wieder, wie ein 18jähriger Luetischer ohne äußere Wunde jemand infiziert hatte.

Übergehend auf die Prophylaxe meint der Verfasser — goldene Worte eines edlen Philanthropen —, daß eine Art von „Enthusiasmus für Gesundheit" erweckt werden muß. Die Völker müssen von Widerwillen und Ekel gegen die Syphilis ergriffen werden, um sie energisch bekämpfen zu können. Einen Erfolg in diesem Bestreben erblickt er nicht bloß in der einseitigen Bekämpfung der Prostitution, sondern schlägt sogar vor, alle Männer der allgemeinen Sicherheit wegen offiziell auf ihren Gesundheitszustand in Beziehung auf diese Krankheit zu untersuchen, wenigstens einmal alle Monate. Dabei sind die Verheirateten nicht auszuschließen.

Er schließt seine warmherzigen Ausführungen mit dem Wunsche: „Möchte doch die Zeit kommen, wo alle Völker leidenschaftlich nach Gesundheit verlangten! Wenn das aus den Völkern selbst hervorwüchse, würde es am besten und erfolgreichsten sein. Aber selbst, wenn große Herrscher, vor Begeisterung für das Wohl ihrer Völker erfüllt, mit allen Mitteln danach streben und jeden einzelnen sagen wollte: „Ich und mein Volk, wir wollen gesund sein", so würde ich auch das noch gerne vernehmen, ehe die ewige Nacht oder das ewige Licht über mich hereinbricht." *I. Bloch-Berlin.*

Über Syphilisprophylaxe, von Fernet, Hallopeau und Panas. (Aus der Sitzung vom 5. Dezember der Académie de Médicine.) (*Presse méd.* 6. Dezember 1899.) Nichts Neues. *Hopf-Dresden.*

Die Syphilis als ursächlicher Faktor bei Frauenkrankheiten, von J. A. Shaw-Mackenzie-London. (*Brit. med. Journ.* 14. Oktober 1899.) Der Verfasser stellt Betrachtungen darüber an:

1. Inwieweit das Vorhandensein einer Syphilis bei Frauen übersehen werden kann;

2. inwieweit die Syphilis eine ätiologische Rolle bei Frauenkrankheiten, namentlich der Beckenentzündung spielt;

3. von welchem Werte in solchen Fällen die merkurielle Behandlung als Ersatz für chirurgische Eingriffe sein kann.

Primäre wie sekundäre Erscheinungen der Syphilis können durch ihren Sitz, durch eine gleichzeitig bestehende Leukorrhoe, durch die Schwangerschaft, in der Laktationsperiode etc. derart modifiziert oder verdeckt sein, daſs sie entweder übersehen oder verkannt werden, daſs sich schleichend Frauenkrankheiten entwickeln, welche auf Blennorrhoe auf Aborte etc. zurückgeführt werden, in Wirklichkeit aber syphilitischer Natur sind und unter Quecksilber und Jod definitiv verschwinden, während sie durch die chirurgische Behandlung nur temporär gebessert aber nicht beseitigt werden.

Verfasser hält es deshalb bei Frauenkrankheiten von zweifelhafter Herkunft für angebracht auch nach dem Vorhandensein einer Syphilis zu forschen und die Untersuchung nicht auf eine Besichtigung der äuſseren Genitalien zu beschränken, sondern auch auf die inneren weiblichen Organe auszudehnen. *C. Berliner-Aachen.*

Dauer der Kontagiosität der Syphilisprodukte. Kontagiosität der tertiären Syphilis, von J. Neumann. (*Wien. med. Presse.* 1899. No. 1.) Verfasser faſst seine Erfahrungen im Folgenden zusammen: 1. Die Infektiosität der Syphilis steht mit der Intensität und Acidität des Prozesses in innigem Zusammhange und zeigt mit zunehmender Krankheitsdauer eine Tendenz zur Abnahme. 2. Unter normalen Verhältnissen erlischt die Kontagiosität der Syphilis — eine sorgfältige Behandlung vorausgesetzt — nach 3—4jähriger Krankheitsdauer, d. i. mit dem Aufhören des sogenannten Sekundärstadiums. 3. Es giebt eine Reihe von Fällen, in denen noch später als nach vier Jahren nach stattgefundener Infektion sekundäre Läsionen auftreten, welche die Übertragung übermitteln können. Diese sekundären Läsionen sitzen in den späteren Krankheitsperioden vorwiegend in der Mundhöhle, zumeist in Form von Erosionen der Mund- und Zungenschleimhaut, welche so rasch verschwinden können, daſs in einschlägigen Fällen der Nachweis der Infektionsquelle unmöglich ist. Die sekundären Läsionen der Genitalien sind zu dieser Zeit seltener. 4. Das Auftreten von sekundären Läsionen in den späteren Decennien gehört zu den gröſsten Seltenheiten, in den ersten 5—10 Jahren können noch kontagiöse sekundäre Läsionen auftreten. In prophylaktischer Beziehung erfordern diese Fälle bei Individuen, die eine Ehe zu schlieſsen beabsichtigen, nicht nur den Genitalorganen, sondern auch der Mundhöhle besondere Aufmerksamkeit zuzuwenden. 5. Die Kontagiosität der tertiären Produkte ist nur ganz ausnahmsweise vorhanden. Es sind dies jene Fälle, in denen zumeist auf Grund einer schon vorhandenen Erkrankung, Tuberkulose, Nephritis etc. die Krankheit einen ungemein rapiden Verlauf nimmt, unter solchen Umständen können auch die gummösen Infiltrate eine Virulenz aufweisen, welche ähnlichen Produkten der Spätsyphilis nicht zukommt. *A. Alpár-Alexandria.*

Die Prognose quoad vitam bei Syphilis, von Hyde. (*Brit. med. Journ.* 4. März 1899.) Der Verfasser zieht folgende Schlüsse aus seinen Betrachtungen:

1. Von 100 lebend geborenen, mit ererbter Syphilis behafteten Kindern starben 90 in den ersten Lebensjahren.

2. In der Kindheit erworbene Syphilis ist selten, kann leicht behandelt werden. Ein groſser Procentsatz solcher Kinder bleibt am Leben.

3. In den Jünglingsjahren acquirierte Syphilis führt in 10, höchstens 20 % der Fälle zu Gummata. Der Procentsatz der in diesem Alter mit Gummata erkrankten

Patienten, welche sterben, ist nicht bekannt, doch dürfte er wahrscheinlich mehr als zwei nicht überschreiten.

4. Es ist nicht richtig, von einem Syphilitiker, der sein Leben versichern will und sich sonst gesund erweist, eine erhöhte Prämie zu verlangen. Man lege bei der Untersuchung und Aufnahme der Anamnese eines syphilitischen Applikanten für die Lebensversicherung weniger Gewicht auf seine Syphilis, als auf seine sonstige Körperkonstitution, auf die hereditären Verhältnisse und auf seine Lebensgewohnheiten.

C. Berliner-Aachen.

Syphilitische Reinfektion, von C. M. Moullin. (*Brit. med. Journ.* 22 April 1899.) Der Verfasser beschreibt folgenden Fall. Im April 1885 stellte sich ihm ein junger Mann mit einem typischen harten Schanker vor. Nach Verlauf von einigen Wochen zeigte der Patient die gewöhnlichen sekundären Erscheinungen, gegen welche er mit Hydrargyrum jodatum flavum in steigenden Dosen behandelt wurde. Alle Erscheinungen verschwanden im Verlaufe von sechs Monaten. (Ist nicht gerade sehr rasch! Ref.) Zwei und ein halb Jahr später kam der Patient wieder mit einem anderen harten Schanker, der ebenso wie der erste in der Corona glandis, etwa ½ Zoll von der Narbe desselben entfernt lag. Das Inkubationsstadium dauerte ungefähr ebenso lange, wie das erste Mal, dann traten die sekundären Symptome in Form von papulösen Syphiliden etc. auf. — Verfasser glaubt, dafs Reinfektionen häufiger seien, als man für gewöhnlich annimmt. *C. Berliner-Aachen.*

Beitrag zum Studium des extragenitalen Schankers, von Sprecher. (*Internat. phot. Zeitschr. f. Med.* 1899.) Verfasser beschreibt zwei derartige Fälle, von denen einer einen 24jährigen Mann betrifft, der sich mit dem Waschtuche seines Freundes infizierte und einen Schanker des linken inneren Augenwinkels acquirierte, mit Adenopathie der masseteralen und submaxillaren Drüsen. Der zweite Patient hatte in einem Streite einen Messerstich an der Innenseite der linken Handwurzel davongetragen, infolgedessen sich an der genannten Stelle ein rundes 5 cm im Durchmesser haltendes Geschwür entwickelte. Der Thäter war ein Syphilitiker in der Sekundärperiode, der sich seines Messers zu den verschiedensten Zwecken bediente.

C. Müller-Genf.

Beobachtungen über extragenitaler Schanker, von Merlier-Roubaix. (Croix; Ducoulombier & Xav. Artzet.) Bericht über zwei Digitalsklerosen, zwei Schanker des Kinns und zwei Sklerosen der Oberlippe. *E. Hopf-Dresden.*

Die nervösen Erscheinungen der sekundären Syphilis, von A. Fournier. (*Brit. med. Journ.* 26. August 1899.) Die nervösen Symptome der sekundären Syphilis treten häufiger bei Frauen als bei Männern auf. Zuerst ist es der Kopfschmerz, von dem der Autor drei Grade unterscheidet. Der erste ist lästig, hindert aber die Patienten nicht ihrer gewohnten Thätigkeit nachzugehen. Beim zweiten Grade täuscht der Kopfschmerz beinahe ganz eine Migräne vor. Beim dritten Grade ist er so intensiv, dafs die Patienten aufser Stande sind irgend einer geordneten Thätigkeit obzuliegen. Der Schmerz ist begleitet von Schwindelanfällen, Ohrenklingen, und vielfach kann eine tiefe Melancholie Platz greifen. Der Schmerz ist konstant oder intermittierend. Im ersten Falle ist er heftiger gegen Abend; bei der zweiten Form tritt er an jedem Abende zwischen 5—7 Uhr auf. Gegen diese nervösen Erscheinungen der sekundären Syphilis hilft eine gründliche Queoksilberkur oft in ganz wunderbarer Weise.

Ein andere nervöse Begleiterscheinung, welche Fournier beschreibt, ist die Schlaflosigkeit, die ebenfalls fast ausnahmslos bei Frauen auftritt. Sie kann eine

Folge des erwähnten Kopfschmerzes sein, sie kann aber auch für sich allein, ohne andere Symptome auftreten. Eine dritte nervöse Begleiterscheinung der sekundären Syphilis ist die Asthenie, der man wiederum fast ausschliefslich bei Frauen begegnet. Die Patienten sind so schwach, dafs sie kaum auf den Beinen stehen oder ihre Berufspflichten erfüllen können. Die Herzaktion ist herabgesetzt, der Puls schwach und kaum fühlbar; die Verdauung liegt gänzlich darnieder. Auch hier wirkt eine antisyphilitische Kur rasch. *C. Berliner-Aachen.*

Ein Fall von kongenitaler Syphilis, von F. M. Caird. (*Brit. med. Journ.* 17. Juni 1899.) Von Interesse ist in diesem Falle, dafs der Patient, ein junger Mann, als Kind durch Lues hereditaria das Septum narium verlor und jüngst eine frische Syphilis acquirierte, von der er gegenwärtig ausgesprochene sekundäre Erscheinung aufweist. *C. Berliner-Aachen.*

Hereditäre syphilitische Osteitis, von Alexander James. (*Brit. med. Journ.* 17. Juni 1899.) Ein 18jähriger junger Mann hatte im Alter von 3 Jahren eine Keratitis, im Alter von 10 Jahren bekam er, nachdem er die Masern und Keuchhusten überstanden hatte, heftige Schmerzen in den Unterschenkeln und in den Oberarmen. Gleichzeitig entwickelten sich an der rechten Tibia und in der Gegend der Schultergelenke schmerzhafte Knoten. Obwohl der Patient als Kind keinen Schnupfen, auch keinerlei Hautausschläge gehabt hatte, wurde doch die Diagnose auf hereditäre Syphilis gestellt und unter einer Jodkaliumkur eine vollständige Besserung des Zustandes herbeigeführt. Vor 6 Monaten nun entstand schleichend eine Paralyse des rechten Armes, optische Neuritis und Kopfschmerzen. Trotz grofser Jodkaliumdosen und einer energischen Schmierkur verfiel der Patient in Coma und starb. Die Autopsie ergab ein Gumma in der Gehirnrinde der linken Seite, aufserdem eine stark vergröfserte Tibia und vollständige Umwandlung ihrer Struktur.
C. Berliner-Aachen.

Über das Verhältnis der Leukoplakia oris zur Syphilis, von Victor Janovsky. (*Wien. med. Wochenschr.* 1899. No. 48.) Einer eingehenden Betrachtung der einschlägigen Litteratur folgt die Mitteilung der auf eigene Beobachtungen gegründeten Anschauungen. Verfasser teilt sein Material in zwei grofse Gruppen; in der einen spielt die Syphilis als ätiologisches Moment gar keine Rolle, vielmehr rufen Magen und Darmerkrankungen, Tabak, Alkohol die Symptome hervor, in der anderen ist Syphilis die Ursache. Der ersten Gruppe gehörten von 50 Fällen 12 bis 20 an, während 30 konstitutionell luetisch waren. — Bei den syphilisfreien Fällen waren Verdauungsanomalien oft die Urheber; die Beseitigung derselben brachte auch Heilung der Leukoplakie. Diese Patienten zeigten manchmal die von Butlin beschriebenen, eigentümlichen, oberflächlichen Substanzverluste als Prodrome der Leukoplakie, Exkoriationen, die meist an der Spitze oder am Rücken der Zunge auftreten, sehr empfindlich sind, einen verdickten Wall haben; die Papillae fungiformes sind vergröfsert. Lingua geographica, Glossodynie kamen zur Beobachtung. Tabak und Alkohol sind oft die ursächliche Noxe, wahrscheinlich nicht nur durch direkt lokale Einwirkung, sondern durch Erzeugung einer Dyspepsie. — Dem Hydrargyrum kann Verfasser nicht die grofse Bedeutung für die Entstehung der Leukoplakie beilegen, wie andere Autoren. — Die mit Syphilis in Zusammenhang stehenden Fälle können sich in verschiedener Weise entwickeln. Bei einem Teil liegt zwischen dem Auftreten der konstitutionellen Erkrankung und demjenigen der Leukoplakie ein längerer Zwischenraum, vielleicht von Jahren; die Leukoplakie etabliert sich an Stellen, an denen früher luetische Plaques gesessen haben, was nach den Neumann-

schen Untersuchungen ja verständlich ist. Es kann aber auch bei alten Luetikern unter Einfluſs von Tabak, Alkohol, Dyspepsie, Leukoplakie entstehen, wo niemals ein luetischer Prozeſs gesessen hat. Anders liegen die Fälle, in welchen die Leukoplakie sich an kurz vorhergegangene syphilitische Mundaffektionen anschlieſst; hier beweist der Erfolg der antiluetischen Therapie, die sonst versagt, den Zusammenhang. Noch anders spielt sich der Vorgang ab, wenn sich luetische Papeln direkt in Leukoplakie verwandeln; es entsteht an ihrer Stelle eine Epithelhyperplasie, die später die Grenzen überschreitet. Die Infiltration schwindet, die Hyperkeratose bleibt. Die spätere Entwickelung eines Carcinoms ist auch hier wie in den anderen Fällen möglich. Am seltensten entwickelt sich die Leukoplakie bei den Zungenaffektionen, die Analoga der Roseola bilden: linsengroſse, rote, leicht prominente Flecke, manchmal von einem Epithelwalle umgeben. Verfasser sah auch hier Leukoplakie entstehen, die aber einer energischen lokalen Behandlung wich. Auch das Zungensyphilom, das oft zur Atrophie, zur Ulceration führt, kann von leukoplastischen Veränderungen diffuser Natur begleitet sein, ähnlich wie Epithelveränderungen den meisten Otisschen Harnröhrenstrikturen vorausgehen können. — Verfasser erkennt also neben der luetischen Leukoplakie eine solche an, die durch Diabetes, Gastro-Intestinalkatarrhe, Tabak, Alkohol erzeugt wird. Eine gemeine Leukoplakie kann auch Syphilitiker heimsuchen, ohne gerade durch ihre Syphilis bedingt zu sein. Entwickelt sich Leukoplakie bei Luetikern sehr spät an Stellen, wo luetische Produkte gesessen haben oder an früher freigebliebenen, so ist das als eine parasyphilitische Erscheinung im Sinne Fourniers aufzufassen. — Die Therapie erheischt zunächst eine Berücksichtigung kausaler Indikationen und Hygiene des Mundes. In leichten Fällen ist der Tabak nicht ganz zu verbieten, die Benutzung einer Pfeife und Cigarrenspitze genügen. In schweren Fällen darf in keinem Falle geraucht werden. Das Tabakkauen ist natürlich stets sehr schädlich. Keine starken Alkoholika, leichter Wein, etwas Bier schaden nichts. Zum Spülen Natron bicarbonicum (5%), Chlorkalium (3—4%), Salol (1% mit etwas Spirituszusatz), Natr. salicylicum (1—3%), Salicylsäure (1 : 300). Hat sich die Leukoplakie aus luetischen Plaques entwickelt, dann ist neben Allgemeinbehandlung Sublimatpinselung (1 : 40) am Platze. Arg. nitr.-Stift schadet immer. Von weiteren äuſseren Mitteln sind in leichten Fällen nützlich: Milchsäure (alle 2—3 Tage), Perubalsam (1—2 mal täglich), Bor-Glycerin (1 : 15), Resorcin-Glycerin (1 : 15), Salicyl-Glycerin (1 : 15), Papayotin (5%) besonders bei Rhagaden, Chromwasser (1—2%). Resorcinpaste (Resorcin, Pasta Zinc. Unna ā 10), 2 mal wöchentlich appliziert, ist bei schwereren Fällen am Platze. Sehr gut wirkt die Paste von Molènes:

Flor. sulf.	50
Magn. ust.	30
Naphtol	4
Resorcin	2
Menthol	1
Glycerin	9

Diese Paste wird 3—4 mal täglich appliziert. Der Paquelin vorsichtig angewendet leistet oft gute Dienste. Dekortikation, Excision kommen eventuell in Frage.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Die gummösen Syphilide, von Fournier. (*Indépendance méd.* 1899. No. 49.) Fournier beschreibt in gewohnter Präcision klinische Erscheinungen, Verlauf, pathologische Anatomie und Diagnose der gummösen Hautsyphilis. Aus dem Aufsatz möchten wir hervorheben, daſs der Verfasser die spontane Heilung gummöser Prozesse ohne Therapie für viel häufiger hält, als allgemein angenommen wird. Die Dauer, bis sich diese Involution bewerkstelligt hat, schwankt zwischen 1, 2, 8 und

15 Jahren. Die Vernarbung erfolgt entweder vom Rande her oder unter dem Schorf. Die Narben sind stets vertieft. Sie sind ferner als syphilitische Narben zu erkennen an ihrer kreisbogenförmigen Konfiguration, der Aneinanderreihung solcher Kreisbogen in Bouquetform, der schwärzlichen Färbung, welche, sofern nach Jahren Bleichung eintritt, wenigstens noch zentral bestehen bleibt, und dem leichten Wiederaufbrechen. Zuweilen gesellt sich zur tertiären ulcerösen Form der Lues eine Hypertrophie neben elephantiastischer Vergrößerung der Umgebung. Besondere Vorliebe hat diese Form der Lues (Syphilome hypertrophique diffus oder Syphilide léontiasique) für die Unterlippe, ferner für Nase und Ohr. Doch findet sie sich auch an anderen Körperteilen. Fournier glaubt, daß beim hypertrophischen Syphilom der Unterlippe Rauchen und Nikotinreize eine Rolle spielen, zumal man dann auch meist Zungenläsionen antrifft. Gegenüber der Therapie verhält sich das hypertrophische tertiäre Syphilid sehr rebellisch, selbst Kalomelinjektionen erzeugen höchstens eine Verkleinerung; daneben thut elastische Bindenwicklung gute Dienste. Komplikationen des Hautgummas sind Entzündung, Erysipel, Gangrän und Phagedänismus. Erstere, selten, entsteht durch Mischinfektion infolge von Unreinlichkeit oder durch reizende Therapie, sowie durch alkoholische und andere Excesse. Das Erysipel kann die gummöse Wunde wie jede andere ergreifen. Zuweilen wirkt es heilend, zuweilen verschlimmernd, ja letal. *Hopf-Dresden.*

Neuroparalytische Keratitis syphilitischen Ursprungs, von Gallemaerts. (*Policlinique.* 1899. No. 22.) Bei einem 40jährigen Manne stellte sich ohne scheinbare Ursache eine zentrale Ulceration auf einer Cornea ein, begleitet von heftigen Kopfschmerzen und lebhafter Rötung des Auges; die Gestalt des Geschwürs war rund, die Ränder wie mit dem Locheisen ausgeschlagen und der Grund graulich; es zeigte sich, daß die Cornea sowie die entsprechende Gesichtshälfte gefühllos waren. Das klinische Bild dieses Falles stimmte ganz genau mit einem anderen überein, wo wegen heftiger Neuralgien das Ganglion Gasseri exstirpiert worden war. Bei dem ersteren Patienten wurde wegen des Vorhandenseins von Narben im Gesicht und an anderen Körperstellen auf die Existenz eines Gumma im Ganglion Gasseri geschlossen und die Therapie danach eingerichtet. Es erfolgte rasche Heilung der Schmerzen und des Geschwürs mit Reduktion der Sehschärfe auf 1:10.

C. Müller - Genf.

Gummöse Augenerkrankung, von J. J. Evans. (*Brit. med. Journ.* 25. März 1899.) Der Verfasser berichtet über einen 45jährigen alten Syphilitiker, der in der letzten Zeit fortschreitende Abnahme des Sehvermögens des linken Auges wahrgenommen hatte. Bei der Untersuchung zeigte er alle Anzeichen eines akuten Glaukoms, Ablösung der Retina und einige Narben einer alten Choroiditis. Außerdem empfand Patient intensive Schmerzen. Da eine Restitutio ad integrum aussichtslos war, so wurde das Auge exstirpiert. Makroskopisch erwies sich die Iris verdickt und entfärbt, die Retina und Choroidea abgelöst, letztere verdickt und infiltriert. Die Sklera war in eine dichte, vaskuläre Masse gehüllt, die mikroskopisch ein aus Rundzellen bestehendes Infiltrat darstellte. Drei bis vier Tage nachdem das linke Auge entfernt war, erkrankte das rechte in ähnlicher Weise. Unter einer energischen Quecksilber- und Jodkaliumkur ließen die Symptome nach und verschwanden nach 4 Wochen gänzlich. *C. Berliner-Aachen.*

Leukodermia colli, von Barendt. (*Brit. med. Journ.* 8. April 1899.) Ein 20jähriges Mädchen acquirierte vor 6 Monaten Syphilis und zeigt gegenwärtig am Halse und am Nacken ausgesprochene Leukodermie. Verfasser rät in allen zweifelhaften Fällen nach diesem Symptom zu fahnden. *C. Berliner-Aachen.*

Ein interessanter Fall von syphilitischem Leukoderma, von Joseph A. Silverman-San Franzisko. (*New York med. Journ.* 18. November 1899.) Der Fall betraf einen 52jährigen ehemaligen Militärarzt und wurde lange Zeit hindurch und von verschiedenen Ärzten in London, Liverpool, Glasgow und Paris für Lepra anästhetica gehalten. Im Jahre 1873 hatte er sich eine syphilitische Infektion zugezogen, welche regelrecht behandelt wurde, und völlig heilte, im Winter 1897 ging er nach Cuba als Journalist, im Mai 1898 wurde er von Insurgenten schwer verletzt und nackt in einen ganz miserablen Kerker gebracht, wo seine Beine in eine übelriechende Masse sanken, von Würmern, Spinnen u. s. w. arg zugerichtet wurden und kein Licht und nur wenig Luft eindringen konnten. Nachdem er achtzig Stunden ohne Speise und Trank hier hatte zubringen müssen, wurde er entlassen. Er bekam nun hohes Fieber, seine Beine waren beträchtlich geschwollen, ulceriert und mit Varicen bedeckt. Er gelangte in Etappen und nur allmählich nach England. Gegenwärtig begann sein Leiden mit heftiger Kapillarbronchitis, er ist sehr heruntergekommen, schlaflos und an beiden Unterextremitäten zeigt sich ein Leukoderma mit alten spezifischen Pigmentflecken, jedoch ohne Schwellung oder Anästhesie (siehe Abbildung). Solche Fälle von (syphilitischem) Leukoderma wurden früher auch Gefängnis-Skorbut genannt, da sie an Leuten gefunden wurden, welche in schmutzigen Gefängnissen interniert und so gefesselt waren, dafs sie immer in derselben Stellung stehen oder sitzen mufsten. Etliche 50 Versuche von Reinkulturen aus den Geschwürsflächen waren im vorliegenden Falle ergebnislos. *Stern-München.*

Verschiedenes.

Ein Pulverstreuer, von Georg Lustig. (*Zeitschr. f. Krankenpflege.* 1899. No. 12.) In einem geschlossenen Glasrohre läfst sich ein am unteren Ende mit Aussparungen versehener Stab durch Druck verschieben; durch die Thätigkeit einer Spiralfeder geht er spontan wieder zurück. Das in dem Rohre befindliche Pulver tritt bei Druck auf den Stab hervor. Das Rohr enthält Raum für ca. 60 g Pulver. Lieferant: Haertel-Breslau. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Der elektrische Mikroheifsluftkauter, von E. Hollaender. (*Zeitschr. f. Krankenpflege.* 1899. No. 12.) Im Lumen einer Röhre liegt neben der Luftzuleitung auch die elektrische Kabelleitung. An der Spitze befindet sich eine um eine Thonröhre gewundene Platinspirale; Thonröhre und Spirale glühen, wenn die Kabel mit einem entsprechenden Akkumulator verbunden werden. Über die Thonröhre ist eine vorne offene silberne Ansatzspitze gestülpt, dann tritt diese vorne zu einer Temperatur von über 900° erhitzt aus. Ein in einer Entfernung von 1 cm vorgehaltenes Streichholz entzündet sich. Lieferant: Reiniger, Gebbert und Schall. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Die Stellung der Krankenpflege zur Masturbation, von H. Rohleder. (*Zeitschr. f. Krankenpflege.* 1899. Bo. 5/6.) Verfasser erörtert in einer lesenswerten Abhandlung, inwiefern die Hypurgie prophylaktisch und therapeutisch die Masturbation der Kranken beeinflussen kann, bespricht zunächst die Diagnose der Masturbation, dann die psychische und somatische Prophylaxe (die Verführung durch Krankenschwestern zur Masturbation, ja sogar usque ad coitum ist nach Verfasser

nicht selten), welche letztere besonders den Schlaf, die Lagerung des Kranken, die Temperatur des ihn umgebenden Mediums, vorsichtige Applikation von Instrumenten an den Genitalien, eine richtige Ernährung, Bekleidung und Fernhaltung sexuell erregender Dinge ins Auge fafst.

Therapeutisch mufs man gegen vorhandene Obstipation und andere zur Onanie führende krankhafte Zustände vorgehen (Phtisicus salax!), eventuell unter Zuhülfenahme mechanischer Vorrichtungen (Cloquets Eisendrahtmasken).

Verfasser empfiehlt besonders seine „Onaniebandagen", welche nach Art eines Bruchbandes einen Leibgürtel und zwei Schenkelriemen haben, und mit drei kleinen Vorlegeschlössern versehen werden können. Jede bessere chirurgische Fabrik fertigt dieselben an. Die sogenannten „Pollutionsverhinderungsringe" sind vollständig nutzlos.

I. Bloch-Berlin.

Experimentaluntersuchung über Händedesinfektion, von Paul und Larwey. (*Münch. med. Wochenschr.* 1899. No. 49 u. 51.) Im ersten Teile ihrer Arbeit beschreiben die Verfasser eine neue Methode zur bakteriologischen Prüfung desinfizierter Hände; dieselbe schaltet alle Fehlerquellen möglichst aus und berücksichtigt insbesondere die in der chirurgischen Praxis vorliegenden Verhältnisse. Der zweite Teil der Arbeit behandelt die bakteriologische Prüfung der Hände nach vorausgegangener Heifswasseralkoholdesinfektion. Die Verfasser gelangten bei diesen Versuchen zu folgenden Resultaten: Normale, mit zahlreichen Keimen behaftete Hände erleiden durch die Heifswasseralkoholdesinfektion nach Ahlfelds Angaben eine derartige Veränderung in ihrer bakteriologischen Beschaffenheit, dafs ihnen im Vergleich zu vorher nur sehr wenige Keime mit harten Hölzchen entnommen werden können. Nach längerem Aufenthalt der Hände in warmem Wasser und wiederholter mechanischer Bearbeitung wird die Abnahme von mehr oder weniger zahlreichen Keimen in allen Fällen ermöglicht. Es können demnach die Hände durch die Heifswasseralkoholdesinfektion nicht keimfrei gemacht werden, wie Ahlfeld behauptet.

Götz-München.

Beitrag zur Indikation der Überpflanzung ungestielter Hautlappen, von Reuter. (*Münch. med. Wochenschr.* 1899. No. 50.) Der Verfasser hat vor 3½ Jahren bei einem Kinde, dessen linkes Knie infolge Narbenzugs in Beugestellung stand, zur Beseitigung der Kontraktur einen ungestielten Lappen nach Krausescher Methode verwendet: die Narbe wurde durch einen Querschnitt gespalten und in die so entstandene spindelförmige Wunde ein Hautlappen aus dem Oberarm gelegt. Der Erfolg war überraschend gut: der Lappen, der jetzt nach 3½ Jahren noch deutlich erkennbar ist, ist ebenso dick, elastisch, glatt und verschieblich wie normale Haut; er hat sich in den 3½ Jahren ganz erheblich vergröfsert, und zwar sowohl in der Längsrichtung als, wenn auch in geringerem Grade, in der Querrichtung. Diese Vergröfserung ist zweifellos im wesentlichen darauf zurückzuführen, dafs der Lappen mit dem kindlichen Körper gewachsen ist. Wenn derartige Beobachtungen auch anderweitig gemacht werden, so wird dadurch Wert und Brauchbarkeit des Krauseschen Verfahrens speziell für Narbenkontrakturen im Kindesalter bedeutend erhöht.

Götz-München.

Haarfärbemittel. (*Zeitschr. f. Kosm.* Bd. IV, No. 1 u. 2) Eine Aufzählung zahlreicher Mittel zum Dunkelfärben, schwarz und braun, und Blondfärben der Haare, welche nichts Neues von Bedeutung enthält. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

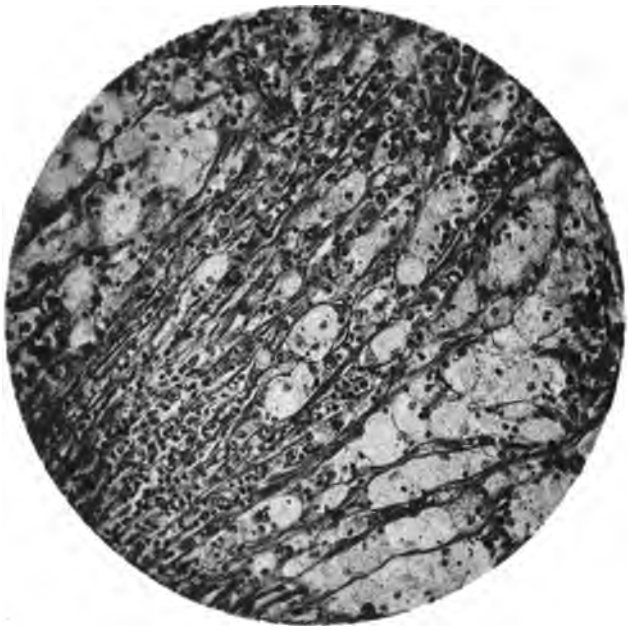


Fig. 1.

Fig. 2.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XXX. No. 11. 1. Juni 1900.

Über einige Einzelheiten der Struktur des syphilitischen Hodens.

Von

Prof. Dr. Ch. Audry-Toulouse.

(Mit Tafel III.)

Die mikroskopische pathologische Anatomie des tertiär-syphilitischen Hodens ist gegenwärtig genügend bekannt und abgebildet worden. Die schon weit zurückliegenden Untersuchungen von Virchow, diejenigen von Malassez, von Brissaud (1881) haben uns die Hauptpunkte der histologischen Struktur kennen gelehrt: das Gumma, die intertubuläre Sklerose, die Existenz zerstreuter lymphoider Knötchen, die intensive und konstante Veränderung der Blutgefäfse, eine Metaplasie des Epithels der Samenkanälchen, welches zur Cylinderform zurückkehrt, endlich die Existenz von Reservezonen, innerhalb welcher die Samenkanälchen sich in einem Zustand befinden, der sie mehr oder minder gut erhalten zeigt. Das sind die Thatsachen, welche auch ich habe bestätigen können, und auf welche zurückzukommen ohne besonderes Interesse ist.

Ich habe dreimal Gelegenheit gehabt, syphilitische Hoden zu untersuchen, welche dem Lebenden entfernt worden waren. In zwei Fällen haben Chirurgen auf Grund einer irrtümlichen Diagnose die Exstirpation vorgenommen. Die Stücke wurden in Alkohol gehärtet und haben mir nur die Gelegenheit geboten, ältere Angaben zu kontrollieren.

Ganz kürzlich habe ich selbst einen Hoden entfernt, welcher seit 18 Monaten krank war und einem Individuum gehörte, welches die syphilitische Infektion leugnete. Obwohl nur einseitig, hatte die Affektion doch alle Zeichen, wie wir sie bei dem tertiär-syphilitischen Hoden zu finden pflegen: Die Indolenz, das Vorhandensein von Buckeln, die Unversehrtheit des Samenstranges etc. etc. 18 Tage einer energischen gemischten Behandlung waren ganz ohne Erfolg geblieben, abgesehen von einer kleinen Verminderung des Volumens. Der Kranke willigte in die Kastration. Ich fand eine totale Verwachsung der Tunica vaginalis, eine verdickte Albuginea, welche von Granulationsgewebe durchsetzt war. Der Hoden war von homogener Beschaffenheit, ziemlich fest, ohne Spur von

Erweichungsherden; er war von weifsgelblichem Aussehen und glich vollständig dem Bilde, welches LANCEREAUX gegeben hat. Die Gefäfsversorgung war eine geringe; ich sah niemals eine Kastration mit so geringem Blutverlust vor sich gehen. Ich habe auch die ganze Tunica vaginalis entfernt. Der Kranke verliefs nach zwölf Tagen völlig geheilt die Klinik.

Dank der Unterstützung meines Assistenten O. SARDA habe ich fünf Stücke untersuchen können. Drei Stücke wurden in Alkohol gehärtet und mit polychromem Methylenblau gefärbt, mit Hämatein und Pikrokarmin. Zwei andere Stücke wurden in FLEMMINGs Lösung fixiert und mit Safranin und Wasserblau gefärbt. Es fanden sich wie gewöhnlich die Verdickung der Albuginea, die intertubuläre Sklerose, die cylindrische Metaplasie der Epithelien der Samenkanälchen, die Veränderung der Blutgefäfse etc. etc., alles Veränderungen, welche gut gekannt sind, und welche man in einer meiner beigefügten Figuren abgebildet sieht.[1]

Auf zwei Punkte mufs ich jedoch zurückkommen, welche meines Erachtens eine besondere Aufmerksamkeit erheischen.

1. Gumma und Nekrose.

Bei keinem Material vermag man sich so sehr Rechenschaft zu geben über den Mifsbrauch, welcher mit dem Wort „Gumma" getrieben wird. Nur mit Mühe habe ich in meinen Schnitten eine sehr kleine Zahl von wahren Gummata gefunden, d. h. von mehr oder minder runden Flächen, welche von in Degeneration befindlichen Zellen eingenommen und von fibrösem Gewebe mehr oder minder eingekapselt werden.

Es ist auf der anderen Seite leicht, die Anwesenheit von ausgedehnten Flächen einer ischämischen und aseptischen Nekrose zu konstatieren, welche thatsächlich nichts gemein mit einem Gumma (in unserem Sinne) haben. In dieser Beziehung hat unseres Erachtens UNNA völlig recht. Diese nekrotischen Bezirke sind keineswegs begrenzt; sie werden dargestellt durch den totalen, fast geradlinig abschneidenden Untergang aller Elemente, welche zu dem betreffenden Gewebe, so lange es lebte, gehörten. Man sieht die Kontinuität der Bindegewebsfasern unterbrochen an der Grenze des lebenden und des toten Gewebes. Über die Randzone dringen spärliche Lymphocyten ein; nur eine einförmige, amorphe und körnige Masse finden wir da. Diese ausgedehnten Bezirke sind weder eingesäumt noch rund; sie stellen einfach Regionen dar, welche in die aseptische Nekrose plötzlich einbezogen sind infolge einer fortschreitenden, absoluten und passiven Anämie. Es ist leicht, ihre Pathogenese zu entwickeln. An erster Stelle erinnere man sich der Intensität und weiten Verbreitung der Endarteriitis

---

[1] Die Mikrophotogramme wurden im Laboratorium der Klinik von meinem Assistenten, Dr. POLLER, angefertigt.

in der ganzen Ausdehnung des Organes, welche eine Hemmung bezw. eine Abstellung der gesamten Cirkulation zur Folge hat. An zweiter Stelle: wer Gelegenheit gehabt hat, einige Hodentumoren zu untersuchen, weifs, wie oft spontane und zur Degeneration führende Nekrosen da vorkommen und zwar bei allen Arten von Neubildung. Diese Nekrosen sind einmal die Folge des Druckes, welchen die Albuginea ausübt, andererseits die Folgen einer Abknickung der Gefäfse im Bereich der Neubildung.

Was daher den ersten Punkt anlangt: in dem syphilitischen Hoden können aufser den gummösen Veränderungen ausgedehnte Bezirke auftreten, welche einer ischämischen Nekrose anheimfallen infolge einer Verödung der Gefäfse. Die Ursache ist eine rein mechanische und unabhängig von dem Syphilisvirus.

2. Was wird aus den edlen Elementen des Hodens, was wird aus den Zellen der Samenkanälchen?

Für eine gewisse Zahl von ihnen ist die Antwort gegeben: sie werden durch die intertubuläre Sklerose erstickt, sie bilden sich um, werden verunstaltet, blättern ab und verschwinden. Andererseits stofsen wir auf eine ganz besondere Bildung, auf welche wir die Aufmerksamkeit lenken möchten, und über welche die zweite Figur unserer photographischen Tafel Auskunft giebt.

Man konstatiert nämlich längliche Maschen, begrenzt von einer amorphen Substanz, welche durch Osmiumsäure leicht gebräunt wird. Sie geht wahrscheinlich hervor aus der Membrana propria der Samenkanälchen. In diesen Maschen liegen runde kugelige Zellen, welche von einer regelmäfsigen zarten und distinkten Kontur begrenzt sind. Eine wirkliche Grenzmembran ist nicht vorhanden; es handelt sich nur um eine „exoplastische" Verdichtung der Zellsubstanz, welche zu einer sphärischen Masse um den Kern sich ansammelt. Die einzelne Zelle ist fast klar, aber leicht gekörnt, sie enthält einen kleinen Kern, welcher meistens ziemlich gut färbbar, nur selten in der Abbröckelung, gleichsam im Erlöschen begriffen ist. Die einzelne Zelle enthält kein Fett, keine Kristalle und zeigt keine Spur einer Mitose. Bald sind sie nur spärlich vertreten und zwischen den weit weniger regelmäfsig geformten Zellen dünn gesät, bald sind sie aber auch ziemlich reichlich wie in dem Präparat, welches photographisch wiedergegeben ist.

Bisweilen sind die ganzen Maschen ausgefüllt von einer kolloiden Masse, welche Röhrchenform hat. Nach dem Rande zu liegen Vakuolen, welche anderen untergegangenen Zellen zu entsprechen scheinen. Man kann sich fragen, ob diese Elemente nicht den interstitiellen Zellen entsprechen, welche allein am Leben geblieben sind. Aber das ist durchaus unwahrscheinlich. Wir glauben vielmehr, dafs es sich ausschliefslich um Epithelialzellen der Samenkanälchen handelt, welche sich im Zustand der

Degeneration auf Grund eines ganz besonderen Prozesses befinden. Hier spielt das Bindegewebe nicht nur keine aktive Rolle, es scheint sogar verschwunden zu sein. Höchstens bemerkt man nur vereinzelte Lympho cyten in der Mitte einiger Maschen.

Man ist daher gezwungen, sich die Frage vorzulegen, ob es nicht Gewebsterritorien sind, welche auf dem Wege sind degenerativer Atrophie zu verfallen, ganz unabhängig von dem Syphilisgift. Es sind parasyphilitische Veränderungen, welche in dem Verlauf der Syphilis selbst begründet sind.

(Übersetzt von Ernst Delbanco-Hamburg.)

Aus der venerischen Abteilung des I. Stadthospitals zu Moskau.

Ein weiterer Beitrag zur Welanderschen Sackbehandlung der Syphilis.

Von

Dr. Arth. Jordan-Moskau.

Eine wertvolle Neuerung in der Syphilisbehandlung bietet die Welandersche Methode,[1] welche darin besteht, dafs in einen Sack aus Baumwollenzeug, Flanell oder anderem Material von 50 cm Länge und 40 cm Breite graue Salbe eingeschmiert und der Sack von dem Kranken Tag und Nacht auf der Brust getragen wird. Nicht nur, dafs diese Methode bequemer und reinlicher ist, als die frühere mittelst der Einreibungen in die Haut, sondern sie stützt sich auf die neuere Annahme hinsichtlich der Quecksilberaufnahme in den Organismus, nämlich durch die Lungen. Auf derselben Voraussetzung basieren auch die jüngsten Verbesserungen der Syphilisbehandlung: Blaschkos Mercolintschurz[2] und Kutners Hg-Inhalationskasten.[3]

Welander[4] hat nach seiner Methode eine aufserordentlich grofse Anzahl von syphilitischen Patienten behandelt und ist mit dem Resultat der Behandlung sehr zufrieden, da er sich wie folgt äufsert: „Das therapeutische Resultat ist vollkommen ebenso günstig gewesen, als ich es von irgend einer anderen Behandlung hätte erwarten können.“ Stern[5] in Düsseldorf übte die Methode an 100 Kranken aus und giebt folgendes Urteil ab: „Fassen wir unsere Erfahrungen kurz zusammen, so glauben

---

[1] *Arch. f. Dermat. u. Syph.* 1897. Bd. XL. S. 257.

[2] Blaschko, Eine neue Methode der Hg-Therapie. *Berl. klin. Wochenschr.* 1899. No. 46.

[3] Kutner, Eine neue Methode der Syphilisbehandlung durch Inhalation. *Berl. klin. Wochenschr.* 1900. No. 2.

[4] *Arch. f. Dermat. u. Syph.* 1898. Bd. XLVI. S. 39 u. 249.

[5] *Münch. med. Wochenschr.* 1899. No. 6.

wir bestätigen zu können, dafs mit dieser Anwendungsart sowohl bei frisch Infizierten, als auch bei Kranken mit Recidivformen ein Rückgang der luetischen Erscheinungen zu erzielen ist in einer Zeit, die wir auch bei anderen Methoden als notwendig betrachten müssen für die Dauer einer Kur.“ Wolfsohn[6] in Wien prüfte die Methode an 66 Kranken der Langschen Klinik und empfiehlt dieselbe zur Nachprüfung, da er mit den Erfolgen zufrieden ist. Eine Besprechung erfuhr die Sackbehandlung ferner auf der 71. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte in München im Anschlufs an einen Vortrag von Siebert[7] über Syphilis infantilis und die Behandlung nach Welander. Siebert bezeichnet dieselbe als eine praktische, einfache und wirksame bei Kindern, welche aber an Heilungsdauer der Schmierkur nachstehe. Anderer Ansicht ist jedoch Barlow, welcher in der darauffolgenden Diskussion mitteilte, dafs er in einer kleinen Anzahl von Fällen (Erwachsenen), wo er die Methode anwandte, keinen therapeutischen Erfolg zu verzeichnen gehabt habe und auch nach mehrwöchentlichem Tragen des Säckchens kein Hg im Urin nachweisen konnte. Die Urteile über den Wert der Welanderschen Methode lauten demnach nicht allseitig anerkennend, immerhin aber doch im grofsen Ganzen befriedigend. Viel widersprechender sind aber die Ansichten über die andere Frage, ob es sich bei den Einschmierungen in den Sack und ebenso auch bei den Einreibungen in die Haut um eine Hg-Einatmung durch die Lungen oder um eine Aufnahme des Hg durch die Haut handele. Eine der letzten Arbeiten, welche hierauf Bezug nimmt, ist diejenige Schusters,[8] der sich ganz entschieden dagegen ausspricht, dafs es sich ausschliefslich um eine Einatmungskur handele. Auf diese interessante Frage näher einzugehen, liegt mir aber augenblicklich fern, da mich bisher speziell die andere — über den therapeutischen Wert der Welanderschen Methode — beschäftigt hat und obgleich, wie erwähnt, schon manche Arbeit über dieses Thema erschienen ist, halte ich eine weitere Besprechung dieser Angelegenheit nicht für unberechtigt, weil sie grofse praktische Bedeutung hat. Vor kurzer Zeit berichtete ich über Versuche mit Merkuriol,[9] einem quecksilberhaltigen Pulver, welches Åhman und Blomquist[10] der gröfseren Bequemlichkeit und Reinlichkeit wegen anstatt der grauen Salbe in den Welanderschen Sack einzustreuen empfahlen. Bei der Nachprüfung dieser Methode an 16 Kranken überzeugte ich mich davon, dafs die Merkuriolkur „als eine schwächere bezeichnet werden müsse als diejenigen sind, welche wir besitzen (Einreibungen und Injektionen).“ Von Interesse

---

[6] *Wratsch.* 1899. No. 47 u. 48.
[7] Citiert nach dem *Arch. f. Dermat. u. Syph.* 1900. Bd. LI. S. 149.
[8] *Arch. f. Dermat. u. Syph.* 1900. Bd. LI. S. 391.
[9] *Arch. f. Dermat. u. Syph.* 1900. Bd. LI. S. 355.
[10] *Arch. f. Dermat. u. Syph.* 1899. Bd. XLVIII. S. 1 u. 15.

war es nun, weiter zu prüfen, ob diese meine Erfahrung auf das Merkuriol zu setzen sei oder auf die Sackbehandlung an sich. Ich wandte mich daher der eigentlichen, ursprünglichen Welanderschen Methode zu, nämlich den Einschmierungen der grauen Salbe in den Sack. Anfangs liefs ich dabei, der Welanderschen Vorschrift gemäfs, die Patienten einen Sack auf der Brust tragen, in welchen sie die ersten sieben Tage täglich und von da an über einen Tag je 6,0 Ung. cinerei selbst einschmierten. Später aber wandte ich zwei Säcke an, um die Inhalationsfläche zu vergröfsern. Der eine von den beiden gleich grofsen Säcken aus Flanell wurde vom Kranken auf der Brust, der andere auf dem Rücken getragen und abwechselnd täglich bald in den einen, bald in den anderen das genannte Quantum Salbe eingeschmiert. Im ganzen stehen mir bisher 30 Beobachtungen zur Verfügung, welche 24 Männer und 6 Frauen der stationären, venerischen Abteilung des I. Stadthospitals zu Moskau betreffen. Alle diese Fälle gehörten dem sekundären Stadium der Syphilis an, jedoch mit dem Unterschiede, dafs es sich in 25 Fällen um recente und in 5 um recidive Erscheinungen handelte. Das Ergebnis der Behandlung war ein sehr verschiedenartiges, nämlich in einigen Fällen geradezu glänzend, in anderen langsam und in noch anderen total unbefriedigend. Zu günstigen Resultaten kam ich in 18, zu ungünstigen in 12 Fällen. Als Beispiele der guten Wirkung mögen folgende zwei dienen:

I. Fall. S. T., 57 a. n., Arbeiter, aufgenommen am 26. II. wegen Syphilis recens (Sclerosis penis. Exanthema maculo-papulosum. Papulae penis et circa anum. Lymphadenitis). Ord.: Ein Salbensack.

18. III. Nach 14 Säcken war das Exanthem auf Brust und Rücken geschwunden, im Gesicht bedeutend gebessert. Die Papeln auf dem Gliede und am After sind fort. Die Sklerose ist viel weicher geworden und die Drüsen sind verkleinert. Das Zahnfleisch ist aufgelockert.

1. IV. Nach 21 Säcken ist der Ausschlag auf dem Gesicht auch verschwunden, die Sklerose ist nicht mehr zu bemerken und die Drüsen sind nur noch von Bohnengröfse. Das Zahnfleisch ist nur wenig schlechter geworden.

8. IV. Nach 24 Säcken verläfst Patient ohne syphilitische Erscheinungen das Hospital. Es besteht unbedeutende Stomatitis.

II. Fall. F. S., 25 a. n., Wurstmacher, aufgenommen am 19. III. wegen Syphilis recens (Papulae anguli oris. Lymphadenitis. Exanthema maculosum). Ord.: Zwei Salbensäcke.

26. III. Nach dem 5. Sack ist das Exanthem auf Brust und Rücken fort, aber auf der Stirn noch zu sehen.

29. III. Nach 8 Säcken ist die Papel am Mundwinkel geschwunden und die Drüsen sind viel kleiner geworden.

31. III. Nach 10 Säcken ist auch der Ausschlag auf der Stirn fort.

6. IV. Nach 16 Säcken erweisen sich auch die Drüsen resorbiert, so dafs Patient bereits am 7. IV. das Hospital verlassen konnte. Das Zahnfleisch war ein wenig aufgelockert.

Ähnlich wie in diesen beiden Fällen war auch bei den übrigen erfolgreich auf diese Weise behandelten Kranken der Verlauf. In bald schnellerem, bald langsamerem Tempo verschwanden die syphilitischen Erscheinungen, wobei aber die Sklerose resp. die nässenden Papeln auf dem Gliede oder am After, wie die Psoriasis palmaris et plantaris, wie die Angina papulosa immer eine unterstützende lokale Behandlung mit Empl. mercuriale, Streupulvern, resp. Lapislösung etc. verlangten. In den meisten Fällen waren nach Anwendung von 12 Einschmierungen in den Sack oder nach ca. 16—20 Tagen die Krankheitssymptome bis auf die Drüsenschwellung und etwaige Infiltrationen an Stelle der Papeln geschwunden, in der kleineren Anzahl der Fälle liefs der Erfolg länger auf sich warten, indem er erst nach 17—20 Einschmierungen oder nach 26—34 Tagen zu konstatieren war. Nach dem Schwunde des syphilitischen Ausschlages, der Papeln etc. liefs ich noch einige Zeit Einschmierungen machen, bis auch die Drüsen sich möglichst verkleinert hatten. Nach 30—40 Tagen verliefsen die Patienten gewöhnlich das Hospital. Unangenehme Nebenerscheinungen, bedingt durch das Quecksilber, wurden nur in einem Falle beobachtet, und zwar kam es bei demselben bereits nach sechs Einschmierungen zur Entwickelung einer heftigen Stomatitis, welche ein Aussetzen der Kur für längere Zeit notwendig machte. Sonstige Hg-Intoxikationserscheinungen, wie Durchfall, Albuminurie etc. habe ich kein einziges Mal beobachtet, desgleichen rief auch der Sack selbst kein Erythem oder Ekzem hervor. Nach etwa 12 Einschmierungen erwies sich der Sack gewöhnlich sehr beschmutzt und wurde durch einen neuen ersetzt.

So befriedigend die Wirkung der Salbensäcke auch in den genannten 18 Fällen war, so stehen ihnen doch zwölf andere Fälle gegenüber, wo das Resultat zu wünschen übrig liefs. Bald nämlich wollten die Krankheitserscheinungen nicht nachlassen, trotzdem die Behandlung ganz ebenso ausgeführt wurde wie sonst, bald war der Erfolg anfangs ein ebenso guter wie in den günstigen Fällen, aber ehe die Kranken noch entlassen worden waren, bekamen sie Rückfälle, welche eine vollständige erneute Kur mit subcutanen Sublimatinjektionen nötig machte. Als Beispiele hierfür mögen folgende zwei Beobachtungen Platz finden:

III. Fall. A. F., 40 a. n., Beamter, aufgenommen am 7. I. wegen recenter Syphilis (Sclerosis penis. Exanthema papulosum. Psoriasis palmarum. Lymphadenitis). Ord.: Ein Salbensack.

9. II. Trotz 18 Einschmierungen von je 6,0 Ung. cinerei in den Sack beobachtet man noch immer einige Papeln auf dem Körper und

noch Reste der Psoriasis. Die Sklerose ist noch wahrnehmbar. Die Drüsen sind vergrößert. Ord. Abnahme des Sackes. Subcutane Sublimatinjektionen à 0,02.

14. II. Nach drei Sublimatinjektionen ist bis auf die Drüsenschwellung alles andere geschwunden. Patient verläßt auf seinen Wunsch das Hospital.

13. III. Patient stellte sich mit dem ersten Recidiv, in Gestalt von Plaques auf der Oberlippe, vor.

IV. Fall. A. G., 27 a. n., Arbeiter, aufgenommen am 15. II. wegen recenter Syphilis (Papulae scroti, penis et circa anum. Exanthema papulosum. Lymphadenitis). Ord.: Ein Salbensack.

3. III. Nach 10 Salbensäcken à 6,0 ist der bei Aufnahme des Patienten sehr stark ausgesprochene papulöse Ausschlag vollständig geschwunden und hat nur braune, nicht infiltrierte Pigmentationen zurückgelassen. Die Drüsen sind bedeutend kleiner geworden, das Zahnfleisch ist aufgelockert und ein wenig wund. Die Kur wird fortgesetzt.

22. III. Trotz 20 Salbensäcken haben sich auf den Oberschenkeln wieder neue Gruppen von Papeln eingestellt. Ord. Subcutane Sublimatinjektionen an Stelle des Salbensackes.

Unter den zwölf unbefriedigenden Fällen befanden sich vier, wo die Salbensackmethode anfangs die syphilitischen Erscheinungen schnell zum Schwinden brachte, aber dann später zu Recidiverscheinungen, in Gestalt eines neuen Exanthemausbruches oder in Form von Psoriasis plantaris, noch während der ersten Kur führte. In den übrigen acht Fällen sah ich mich dagegen gezwungen, zu einer Spritzkur überzugehen, weil trotz einer größeren Anzahl von Einschmierungen die Krankheitssymptome sich noch zu wenig gebessert hatten.

Worauf beruht nun diese Verschiedenartigkeit der Wirkung? Einerseits, wie ich beobachten konnte, auf der Schwere der Krankheitserscheinungen, andererseits auf dem Umstande, wie der Sack liegt.

Hinsichtlich der syphilitischen Erscheinungen sind die Exantheme, gleichviel welcher Art, als günstig beeinflußbar anzusehen seitens dieser Kur. In allen acht Fällen meiner Beobachtung, wo die Kur zu langsam und schwach wirkte, handelte es sich dagegen um vernachlässigte Fälle, bei denen das Exanthem meist schon gar nicht mehr vorhanden war, als die Kranken sich aufnehmen ließen in das Hospital, aber dagegen die späteren Erscheinungen, wie Psoriasis syphilitica, veraltete Condylomata am After, Laryngitis syphilitica etc. in den Vordergrund traten. Andererseits aber ist der Umstand maßgebend, wie der Sack liegt. Es gehört ein gewisser guter Wille seitens des Patienten dazu, denn er muß acht geben, daß der Sack stets glatt liege, es gehört aber auch eine breite Brust

dazu, denn sonst liegt der Sack immer in Falten und die verdunstende Fläche wird verkleinert.

Aus diesem Grunde wandte ich, wie oben erwähnt, bei meinen späteren Versuchen zwei Säcke, den einen für die Brust, den anderen für den Rücken an, und empfehle dieses auch zur Nachahmung, weil mir der Erfolg dann rascher einzutreten schien und Hg-Intoxikationserscheinungen bisher von mir nicht beobachtet wurden. In dem einen Fall von Merkurialstomatitis hatte der Kranke nur einen Sack getragen und acquirierte dieselbe schon so bald, dafs bei ihm wohl mehr an eine Idiosyncrasie zu denken ist.

Was den Nachweis des Quecksilbers im Urin anbetrifft, so kann ich dank der freundlichen Untersuchung einiger Fälle durch den Herrn Kollegen M. Wermel hierselbst bestätigen, dafs es nach der sechsten bis siebenten Einschmierung auftrat und blieb, wobei der Quecksilberjodidring allmählich zunahm.

In Bezug auf den therapeutischen Wert der Welanderschen Methode haben also meine Versuche mit der grauen Salbe dasselbe Resultat ergeben, wie meine früheren mit Mercuriol. Es ist eine bequeme, meist ungefährliche, zuweilen vorzüglich wirkende, aber im allgemeinen doch nicht sichere Methode, welche sowohl der Einreibungs- als ganz besonders der Spritzkur nachsteht. Im speziellen empfiehlt sich ihre Anwendung im Falle leichterer Krankheitserscheinungen bei intelligenten, breit gebauten Kranken, die aus irgend welchen Gründen nicht einreiben und auch nicht sich einspritzen lassen können. Das Tragen zweier Säcke scheint schneller zum Ziele zu führen als dasjenige eines Sackes.

Aus der Praxis.

Zur Behandlung der Epididymitis gonorrhoica.

Von

Dr. R. Kaufmann,
Frankfurt a. M. — Homburg v. d. Höhe.

Im 30. Band, S. 386 dieser Zeitschrift empfiehlt Herr Dr. Spiegelhauer heifse Umschläge von 10%iger essigsaurer Thonerde gegen Epididymitis gonorrhoica. Er schreibt ihre günstige Wirkung vorwiegend der Hitze zu, die nach Art eines Priesnitzschen Verbandes wirke. Dies ist auch unsere Ansicht entgegen der landläufigen, dafs bei den beliebten Umschlägen mit essigsaurer Thonerde oder Bleiwasser es sich vorwiegend um eine adstringierende Wirkung handele. Wir selbst haben während unserer Assistentenzeit in Berlin weit über 100 Epididymitiden mit essigsauren Thonerdeumschlägen teils ambulant, teils klinisch behandelt. Weit besser und schneller als diese Umschläge wirken indes bei Epididymitis gonorrhoica Umschläge mit heifsem Wasser. Diese Behandlungsweise haben wir als Assistent des Herrn Dr. Wossidlo kennen und würdigen gelernt. Angeregt durch die günstigen Erfolge, der in England üblichen Behandlung von Pleuritiden, Perinetritiden etc. mit heifsen Umschlägen, wendet derselbe Heifswasserumschläge schon seit ca. zehn Jahren mit gutem Erfolge gegen Epididymitis gonorrhoica acuta gleich vom Beginn derselben an. Das Verfahren, das wir mit gütiger Erlaubnis unseres früheren Chefs hier veröffentlichen, besteht in folgendem: Saubere Gazestreifen oder Leinwandläppchen, grofs genug um den erkrankten Teil zu bedecken, werden in mehreren Lagen übereinander gelegt mit möglichst heifsem Wasser getränkt und damit die entzündete Partie umhüllt; darüber kommt dann ein gröfseres Stück Guttaperchapapier, welches die Gazestreifen vollständig überdeckt und hierüber Watte. Dann läfst man den Patienten stets ein gut sitzendes Suspensorium, am besten ein Zeissl-Langlebertsches, tragen. Dieses wird mit Watte so ausgepolstert, dafs der Hoden absolut immobilisiert ist. Die Gazestreifen sollen, wenn möglich alle zwei Stunden wieder frisch mit heifsem Wasser getränkt werden. Diese Behandlungsweise haben wir mit bestem Erfolge sowohl in der Praxis des Herrn Dr. Wossidlo als auch in unserer eigenen durchgeführt. Eine Maceration der Haut, die Herr Dr. Spiegelhauer bei Wasser allein befürchtet, haben wir nur selten und in geringem Mafse

gesehen, jedenfalls seltener als bei essigsauren Thonerdeumschlägen, wo wir infolgedessen oft genötigt wurden auf Tage und sogar Wochen von Umschlägen abzusehen.

Als Vorzüge der Methode Wossidlos, mit der man übrigens auch Ichthyol- oder Jodsalbenverbände kombinieren kann, was aber keineswegs nötig ist, möchten wir folgende hervorheben: 1. Grofse Billigkeit. Die Gaze braucht nicht so oft erneuert zu werden, als wenn man sie mit essigsaurer Thonerde tränkt. Durch letztere verliert jene bekanntlich bald ihre Aufsaugefähigkeit. 2. Möglichkeit einer ambulanten Behandlung. 3. Schnellere und gründlichere Restitutio ad integrum. Letzterer Punkt ist sehr wesentlich. Wie oft bleiben bei den üblichen Behandlungsmethoden noch Infiltrate in Nebenhoden oder Samenstrang zurück, die eine langwierige Nachbehandlung mit Resorbentien wie Jod oder Ichthyol erfordern und trotzdem oft nach einem Jahre noch nachweisbar sind. Das ist bei der Heifswasserbehandlung sehr selten der Fall, weil gleich von vornherein eine vollständige Resorption eintritt.

Wir denken uns die hervorragende Wirkung der Heifswasserbehandlung so, dafs durch sie eine passive Hyperämisierung im Sinne Biers und Buchners stattfindet, deren eminent bakterienfeindliche Wirkung ja von diesen Autoren betont worden ist. Auch bei anderen gonorrhoischen Erkrankungen, bei der Artritis und Urethritis, ist ja gerade in den letzten Jahren die heilsame Wirkung der Hitze durch Autoren wie Mendelssohn und Quinke hervorgehoben worden. Da die Heifswasserbehandlung der gonorrhoischen Epididymitis in den Kursen, welche Herr Dr. Wossidlo giebt, immer demonstriert wurde, werden zweifellos viele Kollegen das Verfahren in ihrer eigenen Praxis nachgeprüft haben. Auch sie werden wohl unsere günstigen Erfahrungen nur bestätigen können.

Versammlungen.

Venerologisch-dermatologische Gesellschaft zu Moskau.

Sitzung vom 25. Februar (9. März) 1900.

Verkürztes Referat nach dem *Wratsch*. 1900. No. 14.

1. Kedrowski als Gast sprach über **Kulturen der Leprabacillen** und insbesondere über seine eigenen derartigen Versuche. Referent erzielte in zwei Fällen aus der Pospelowschen Klinik nach Bestreichen der schrägen Fläche des Nährbodens einerseits mit dem abtropfenden Blut eines exstirpierten Lepraknotens, andererseits mit dem exstirpierten Knoten selbst positive Resultate. Als Nährboden benutzte er ein Gemisch von Hämoglobin, Serumeiweiſs, Fleischextraktivstoffen, Pepton, Kochsalz und Agar-Agar. Bereits nach 2—4 Tagen entwickelten sich auf diesem Nährboden mächtige Kulturen, welche morphologisch groſse Ähnlichkeit mit den Leprabacillenkulturen hatten. Bei der Färbung erwiesen sich aber die Bacillen den Säuren gegenüber weniger beständig, als es sonst die Tuberkel- und Leprabacillen zu sein pflegen. Ähnliche Erfahrungen haben jedoch auch Babes, Czaplewski und Spronk gemacht.

In einigen anderen Fällen aber, wo Referent Versuche mit Material von Leprösen aus dem Leprosorium zu Jamburg anstellte, waren dieselben negativ, was jedoch vermutlich auf die niedere Temperatur beim Transport des Materials zu setzen ist.

2. Speranski stellte ein neunmonatliches, **hereditär-syphilitisches Kind** vor mit Zeichen deutlich ausgesprochener allgemeiner Atrophie des ganzen Körpers.

3. Pospelow demonstrierte einen 18jährigen Mann mit **Pityriasis rubra Hebrae**, welche bei demselben noch nicht den ganzen Körper betrifft, sondern manche Stelle frei läſst. Es handelt sich also um ein Initialstadium, was besonderes Interesse beansprucht, da man ein solches selten zu sehen bekommt. Auf dem Bauch, wo die Krankheit zuerst aufgetreten ist, steht sie in voller Blüte. Dann gleicht sie nach Pospelow am meisten der Haut eines Menschen, der soeben ein Schwitzbad genommen und reichlich mit kleinen Paraffinschüppchen bestreut worden ist.

4. Metscherski führte eine 50jährige Frau mit einem **Sarcoma melanopigmentosum multiplex cutis** vor. Die Krankheit soll angeblich vor zwei Jahren mit einem blauroten Knötchen auf der rechten Schulterblattgegend begonnen haben und betrifft jetzt auſser dieser Partie die rechte Achselhöhle, die rechte obere Brusthälfte und die innere Seite des rechten Oberarmes. An diesen Stellen finden sich verschieden groſse, in der Haut sitzende, bei Berührung nicht schmerzhafte, derbe Neubildungen von Himbeerfarbe. Auf dem Rücken sind die sonst meist isolierten kleinen Tumoren konfluiert zu einer Geschwulst von Faustgröſse. Histologisch wird der sarkomatöse Charakter völlig bestätigt. Hinsichtlich der Therapie spricht sich Referent gegen einen chirurgischen Eingriff aus und rät zu Arseninjektionen, welche nach den günstigen Vorbildern von Köbner, Sherwell, Samter, Lassar, Pospelow und Kracht auch in diesem Falle angewandt werden und auch hier bisher schon eine geringe Besserung veranlaſst haben.

5. Sakrepa sprach über **Heliosin**, ein neues Mittel, welches Lalander in Lyon für die Syphilisbehandlung empfohlen hat. Referent wandte dasselbe bisher in zwei Fällen von kondylomatöser Syphilis an, sah sich aber genötigt, dasselbe in dem einen Falle nach 16, in dem anderen nach 8 Injektionen aufzugeben, weil entweder die Besserung eine zu langsame war oder immer wieder durch neue syphilitische Erup-

tionen gestört wurde. Obgleich Sakrepas Versuche demnach völlig negativ ausfielen, sieht er sich doch nicht für berechtigt, ein abfälliges Urteil auszusprechen, weil seine Versuche zu gering an Zahl sind.

Diskussion: Sinizin hebt die grofse Bedeutung eines jeden neuen Mittels hervor, welches das Hg ersetzen will und rät zu weiteren Versuchen. — Ustinow stellt augenblicklich gleichfalls Versuche mit dem Heliosin an 17 weiblichen Patienten des Mjafsnitzki-Hospitals an, hat aber bisher in jedem Falle nur höchstens sechs Einspritzungen gemacht, sodafs er sich noch kein Urteil hat bilden können. Alle Kranken haben aber bis auf eine an Gewicht zugenommen.

6. Metschebski führte ein 8jähriges Mädchen vor, welches infolge von **Lupus serpiginosus exulcerans et crustosus** mit Ausschabungen und gleichzeitigen **Kalomelinjektionen** behandelt wurde. Das Resultat ist völlige Ausheilung.

7. Krassnoff demonstrierte zum zweiten Male den Kranken mit **Elephantiasis verrucosa** des rechten Fufses, welcher mit **Kalomelinjektionen** behandelt wird. Es läfst sich eine weitere Besserung konstatieren. *A. Jordan-Moskau.*

Fachzeitschriften.

Archiv für Dermatologie und Syphilis.

1900. Band 51, Heft 3.

I. **Klinisches über Akne und den seborrhoischen Zustand,** von Josef Schütz-Frankfurt a. M. Verfasser rekapituliert kurz den Ideengang, welcher seiner ersten Arbeit über dasselbe Thema zu Grunde lag. (Vergl. das Referat hierüber in den *Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. 20, S. 407.) In dem vorliegenden Aufsatze werden manche Punkte, welche zu gegenteiligen Meinungen verschiedener Autoren Anlafs gegeben haben, an neuem Material geprüft und zur Klärung der Aknefrage erledigt. Stickers Wahrnehmungen bezüglich eines Primäraffektes bei Akne fand Verfasser trotz sorgfältigen Suchens während eines ganzen Jahres nicht bestätigt.

Die gemeinsame Ursache der verschiedenen Stadien des seborrhoischen Zustandes glaubt Verfasser in einer Trägheit der Cirkulation und Hautatmung, welche gleichzeitig zu einer Änderung der Sekretion führt, ermittelt zu haben. In einer mangelhaften Ausbildung und geringen Anpassungsfähigkeit des Herzens wird man die Ursache zu den Störungen zu suchen haben, welche in der Pubertät der Aknepatienten auftreten. Auf dem platten Lande, wo sich mehr Gelegenheit bietet die Herzthätigkeit anzustrengen und zu üben, bekommen die Kinder in der Pubertät nicht so häufig Akne, wie in der Stadt. Am deutlichsten zeigt sich bei der Acne rosacea die relative Herzinsufficienz.

Auch die Träger des Eccema seborrhoicum leiden nach den Wahrnehmungen des Verfassers an einer Herzschwäche, die stets eine Pathologie des Schweifses in qualitativer und quantitativer Hinsicht im Gefolge hat. Dieser ist für die Modifizierung der Nährböden für die Mikroorganismen des Eccema seborrhoicum und für die vom Kopfe nach unten absteigende Ausbreitung desselben entlang den Schweifsgassen verantwortlich zu machen.

In keinem der vom Verfasser beobachteten Fälle fehlten bei den Trägern des Eccema seborrhoicum sonstige Zeichen des Status seborrhoicus, namentlich die Sebor-

rhoea sicca des Kopfes. Die Seborrhoe ist deshalb für ein Vorstadium des Eccema seborrhoicum anzusehen. Verfasser hält es für zweifellos, dafs zwischen diesem und der Seborrhoe ein Zusammenhang besteht, wenngleich er den Begriff des Eccema seborrhoicum nicht so weit faßt wie UNNA, sondern auf jene Formen beschränkt, welche äufserlich dem Eccema gleichen und durch die Röte und umschriebene Ausdehnung vom gesunden oder auch von einem seborrhoischen Boden sich abheben. Das Eccema seborrhoicum ist für den Verfasser eine Seborrhoe, die mit einer Hautentzündung kompliziert ist und zum Unterschiede vom echten Ekzem, sowie den durch Saprophyten erzeugten ähnlichen Erkrankungen die praktisch brauchbare und geläufige Bezeichnung, welche ihr UNNA beigelegt hat, behalten mag.

Die Frage, ob das Eccema seborrhoicum nicht eine atypische Psoriasis sein könne, wie TÖRÖK will, hält Verfasser zwar für sehr interessant, steht indessen einstweilen noch auf Seiten derer, welche die Psoriasis streng sondern.

II. **Lupus erythematodes mit multipler Carcinombildung**, von KARL KREIBICH-Wien. Der Verfasser beschreibt einen Fall bei einem 86jährigen Manne, dessen Nasenrücken, Unter- und Oberlippe an typischem Lupus erythematosus erkrankt sind und an der Oberfläche das Aussehen einer zarten, blafsbläulichen, atrophischen Narbe darbieten. Die Affektion besteht seit $2^1/_2$ Jahren. Vor ca. 8 Monaten entwickelte sich auf dem Grunde der narbigen Vertiefung am linken oberen Winkel der Oberlippe ein scharf begrenzter derber Tumor, der nach und nach an Gröfse zunahm und schliefslich die ganze Dicke der Wangenhaut bis fast zur Mundschleimhaut durchsetzte. Die Submaxillardrüsen waren geschwollen und schmerzhaft.

Im weiteren Verlaufe hatte sich ein zweites, gleich beschaffenes, derbes, saftig glänzendes Infiltrat mehr in der Mitte der linken Hälfte der Oberlippe entwickelt. Beide Infiltrate wurden gröfser, prominenter und konfluierten innerhalb vier Wochen zu einem grofsen Tumor. Die ganze Oberlippe wurde entfernt, und der entstandene Substanzverlust durch einen gestielten Lappen der linken Wange gedeckt. Auch die beiden vergröfserten Lymphdrüsen wurden exstirpiert. Histologisch erwies sich der Tumor als typischer Oberflächenepithelkrebs. Während die Carcinombildung auf der Basis eines Lupus vulgaris relativ häufig ist, kommt sie bei Lupus erythematosus aufserordentlich selten vor. Verfasser glaubt die Ursache der Carcinombildung im vorliegenden Falle in folgendem Umstande suchen zu müssen: „Der Lupus erythematodes, aufzufassen als eine chronische Entzündung der Haut mit dem gewöhnlichen Ausgang in narbige Atrophie, hat bei seiner seltenen Lokalisation an der Lippe, zwar äufserst oberflächliche narbenähnliche Veränderungen verursacht, zu gleicher Zeit aber auch zu einer Lockerung und zu einer ödematösen Schwellung des Lippengewebes geführt. Diese Folgezustände, hauptsächlich den tieferen Anteil des Lippenrotes betreffend, sind nun mit grofser Wahrscheinlichkeit mit der Carcinombildung in Zusammenhang zu bringen, insofern sich thatsächlich bei den Carcinomen des Patienten der Ausgang vom Lippenrot konstatieren liefs. Somit wäre die Krebsbildung im vorliegenden Falle aufzufassen als Carcinomentwickelung auf chronisch entzündlicher Basis, insofern die Entzündung durch Odem und Lockerung des Bindegewebes die atypische Wucherung des Epithels ermöglichte."

III. **Über Syphilisbehandlung mit Merkuriol**, von A. JORDAN-Moskau. Von den 16 mit Merkuriol behandelten Fällen gehörten 14 dem sekundären und 2 dem tertiären Stadium an. Von den 14 zeigten 13 frische, noch unbehandelte Syphilis und nur ein Fall Recidiverscheinungen. In vier Fällen war ein makulöses, in acht ein papulöses, in je einem Falle ein papulo-pustulöses und kleinpapulöses Exanthem vorhanden. Die Anwendung des Merkuriols geschah in der von ÅHMAN vorgeschriebenen Weise, indem an den ersten sieben Tagen täglich und dann jeden zweiten

Tag je 5 g in einen Welanderschen Sack gestreut wurden. Ein Erfolg liefs sich in allen 14 Fällen konstatieren, jedoch trat derselbe verschieden rasch und auch nicht immer in gleichem Grade auf. In fünf Fällen erwies sich das Merkuriol als nicht ausreichend. Unter den übrigen neun Fällen fanden sich vier Fälle mit papulösem, drei mit makulösem, einer mit dem papulo-pustulösem und einer mit dem kleinpapulösen Ausschlage. Das makulöse Exanthem verschwand in acht, das papulöse und papulo-pustulöse in 14—26 Tagen. In den beiden Fällen tertiärer Syphilis mufste die Merkuriolkur erst durch eine gleichzeitige Jodkaliumkur unterstützt werden, damit ein Erfolg erzielt werde. Intoxikationserscheinungen, wie Stomatitis und Diarrhoe wurden in einigen Fällen beobachtet.

Bei den auf Quecksilber untersuchten Urinen wurde in drei mit Merkuriol behandelten Fällen zweimal nach sieben und einmal nach zehn Einstreuungen das Auftreten des Quecksilbers konstatiert. Vergleiche mit anderen Methoden zeigten, dafs nach der zweiten Sublimatinjektion, nach der vierten Einreibung nach dem 8.—10. Welanderschen Salbensack Quecksilber im Urin erschien.

Im ganzen genommen ist nach der Ansicht des Verfassers die Merkuriolkur eine schwächere als die Inunktions- und Injektionskur, jedoch dort sehr brauchbar, wo wir einer milden Quecksilberwirkung bedürfen.

IV. **Ein Beitrag zur Kenntnis der experimentellen und klinischen Eigenschaften des Achorion Schönleinii,** von Jaroslav Bukovsky-Prag. Der Verfasser hat sich bei seinen Untersuchungen eine doppelte Aufgabe gestellt:

1. Den klinischen Verlauf des Favus auf der menschlichen Haut auf experimentellem Wege zu verfolgen und genau die Berechtigung des sogenannten herpetischen Vorstadiums Köbners sowohl durch klinische Beobachtungen als auch durch histologische und bakteriologische Untersuchung zu bestimmen.

2. Das Verhalten des intravenös einverleibten Achorion im tierischen Organismus kennen zu lernen.

Was Punkt 1 betrifft, so mufs Verfasser der Ansicht beipflichten, „dafs die herpetische Form sich grundsätzlich vom skutulären Stadium unterscheidet. Bei der herpetischen Form dominiert eine starke, akute Entzündung der oberflächlichen Hautschichten, wobei eine Fortentwickelung des Pilzes sich nicht nachweisen läfst; bei der skutulären Form steht das Wachstum des Pilzes im Vordergrunde, im Gegensatze zu welchem die Erscheinungen der Haut vollkommen in den Hintergrund gedrängt sind und blofs eine Reaktion auf die mechanische und chemische Einwirkung des Skutulum zu sein scheinen. Die einzige Ursache, weshalb der Pilz im herpetischen Stadium sich nicht weiter entwickelt, kann nur die Entzündung der Haut sein, wodurch die Beschaffenheit des Entwickelungsbodens verändert, und damit der Pilz eliminiert wird. Vor dem skutulären Stadium entwickeln sich manchmal auch Entzündungserscheinungen, welche sich aber nur als Hyperämien mit mäfsiger Schwellung der Gegend und kurzer Dauer präsentieren. Das Hauptgewicht ist wohl auf die Intensität und Dauer der Entzündung zu legen. Entsteht nach der Infektion blofs eine schwache Reaktion, welche bald der vollkommenen Passivität der Haut weicht, dann ist die geimpfte Stelle zur Bildung eines Skutulum disponiert. Je früher aber die Entzündung auftritt, je mehr ihre Intensität und Dauer zunimmt, desto weniger günstig sind für das Wachstum des Pilzes die lokalen Bedingungen, bis endlich die Möglichkeit der Bildung eines Skutulums ganz aufhört. Deshalb kann an der Stelle, an welcher ein Bläschen entstand, ein Skutulum sich nicht bilden; andererseits ist die Möglichkeit nicht ausgeschlossen, dafs auf einer benachbarten Stelle, an der es zu renie ebenso starken Reaktion nicht gekommen ist, das Mycel vegetieren könnte. Aus diesem Grunde ist das sogenannte herpetische Stadium eigentlich kein Stadium,

sondern eine selbstständige Form des Favus, bei der das Achorion blofs die Rolle eines Fremdkörpers hat. Analog mit ähnlichen Affektionen kann man diese Form als abortive bezeichnen."

Den klinischen Verlauf des Favus stellt sich Verfasser demnach so vor, „dafs aus einem vorhergehenden, thatsächlichen erythematösen Stadium sich entweder ein Skutulum entwickelt, falls es auf der Haut zu keiner Reaktion kommt, oder dafs eine reaktive, exsudative Entzündung zu stande kommt, welche den Pilz eliminiert. Beide Prozesse stellen Terminalerscheinungen dar."

Was den zweiten Punkt betrifft, so lehren die Versuche des Verfassers, „dafs der Favuspilz eines Wachstums im Kaninchenorganismus fähig ist und zwar in Form von Gebilden, die lebhaft an Aktinomycesrasen erinnern. Dafs das Wachstum nicht fortschreitet, liegt nicht in der Natur des Pilzes, sondern in der Reaktion des Organismus, welcher sich in dieser Weise durch die Eliminierung des Fremdkörpers schützt. Injiziert man stark suspendierte Emulsionen, dann geht das Tier aus anatomischen Ursachen zu Grunde, oder es entstehen ausgedehnte entzündliche Veränderungen in den lebenswichtigen Organen. Geschieht im Gegenteil der Versuch vorsichtig und benützt man möglichst dünne Suspensionen, dann bleibt das Tier erhalten und gesundet. Aus diesen Gründen kann man den Favuspilz nicht als pathogen für den tierischen Organismus betrachten."

V. **Zur Behandlung mittelst Quecksilbersäckchen und Mercolint,** von L. Schuster-Aachen. Verfasser erwidert auf Welanders „Einige Worte über die Behandlung mit Quecksilbersäckchen" (vergl. Referat in den *Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. 29, S. 222), dafs er weit entfernt sei, die therapeutisch erzielten Resultate des geschätzten schwedischen Forschers in Zweifel zu ziehen. Vielmehr müsse er aus den an sich selbst vorgenommenen Versuchen den Schlufs ziehen, dafs bei ausreichend langem Verweilen im Bette und bei ausgedehntem Bestreichen der Säckchen mit Hg-Salbe ein therapeutischer Erfolg auch mit Welanders Methode erzielt werden könne, und zwar eher in der Hospital- als in der Privatpraxis, weil bei ersterer der längere Bettaufenthalt sicherer durchführbar sei. Hinsichtlich der Wirkung aber sei diese Methode der Behandlung mit Hg-Inunktionen nicht gleichwertig. Verfasser erkennt gern an, dafs die Säckchen- und noch mehr die von Blaschko empfohlene Mercolintbehandlung bequeme und vor allem reinliche Methoden sind, welche dort, wo man eine längere, milde Einwirkung des Quecksilbers beabsichtigt, zur Anwendung kommen mögen.

VI. **Über die Beziehungen des Lupus erythematosus zu Tuberkulose,** von Friedrich Roth-Mainz. Der Verfasser resumiert das Ergebnis seiner Untersuchungen folgendermafsen: „Im Körper eines an Tuberkulose erkrankten Individuums kann sich an den für die klinische Untersuchung teils nachweisbaren, teils noch verborgenen Bacillenherden eine fortwährende Produktion von Tuberkulosetoxinen vollziehen. Sobald nun dieses tuberkulös erkrankte Individuum an bestimmten Hautstellen Störungen in der Gefäfsregulierung durch vorgängige Erkrankungen dieser Teile (Rosacea, Seborrhoe, Neigung zu Kongestionen überhaupt etc.) hat, setzt sich das Toxinegift, das mit Vorliebe auf die Blutgefäfswandungen einwirkt und auch selbst schon im stande ist an gesunden Gefäfsen Erytheme zu erzeugen, an diesen Stellen fest, da es durch die schon bestehende mangelhafte Reaktion der Blutgefäfse nicht zur vollständigen Ausscheidung gebracht werden kann. Es entsteht hier zunächst der Erythemzustand des Lupus erythematosus, der schliefslich infolge von Summation der Toxinwirkung stationär wird, um endlich bei noch länger dauernder Einwirkung der Toxine die Verengerung und folgende Obliteration der Gefäfse einmal eine gewisse Ausdehnung, so wird infolge der hierdurch bedingten mangelhaften Ernährung sämt-

licher Gewebe in Verbindung mit der spezifischen Toxinwirkung auf die Gewebe selbst als Endresultat die narbige Atrophie der Haut eintreten, womit der Prozefs, wenigstens vorläufig, sein Ende erreicht hat." *C. Berliner-Aachen.*

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.

1900. Heft 3.

Klinische und bakteriologische Untersuchungen über die Impetigo, von R. Sabouraud. (Zweite Abhandlung.) In seiner ersten Abhandlung über den nämlichen Gegenstand (vergl. *Ann. de Derm. et de Syph.* 1900. Heft 1) hatte S. zwei prinzipiell verschiedene Formen der Impetigo aufgestellt: eine Impetigo contagiosa von Tilbury Fox und eine Impetigo pustulosa von Bockhart. Die vorliegende zweite Abhandlung beschäftigt sich nur mit der Bakteriologie und Histologie der Impetigo contagiosa von Tilbury Fox und ihren Varietäten.

Alle bisherigen Untersuchungen in Bezug auf die Fauna dieser Impetigo führten deshalb zu keinem richtigen Ergebnisse, weil ihre Technik eine verkehrte war. Die Kulturen dürfen nur in einem flüssigen Medium gezüchtet werden. Drei Nährböden eignen sich hierzu am besten: das Serum von Ascites, neutrale Bouillon oder ein Gemisch zu gleichen Teilen von diesen beiden. Befolgt man diese Technik nebst den übrigen von S. angegebenen Kunstgriffen (S. 324), so erhält man jedesmal und ohne Ausnahme eine reine Streptokokkenkultur; der Staphylococcus gehört immer erst einer Sekundärinfektion an. Bei der eben beginnenden Impetigo ist der Streptococcus noch sehr spärlich; in zehn Präparaten findet man ihn hier kaum einmal.

Schabt man von dem beginnenden erythematösen Fleck etwas ab und untersucht unter dem Mikroskop, so stöfst man auf nur sehr wenig geformte Elemente, während man Mikrobien ganz vermifst. S. deutet diese Erscheinung im Gegensatz zu Unna so, dafs er den Streptokokken auch in einer Minderzahl die Fähigkeit zuschreibt, eine Reizung des Kapillarnetzes zu bewirken; eine mechanische Folge davon sei dann die Ausschwitzung von Serum. Dem Streptococcus sei dieses Verhalten eigen und überall, wo man unter der Hornschicht auf ein seröses Exsudat stofse, habe sicher jener Mikrobe seine Hand im Spiel. Die Einwanderung zahlreicher Leukocyten in die Vesikel der Impetigo — das wird auch durch die direkte mikroskopische Beobachtung bestätigt — ist immer erst die Folge einer Sekundärinfektion mit Staphylokokken. In einem späteren Stadium tritt der Streptococcus dann zahlreicher auf, ab und zu in Form kurzer Ketten von 3—4 Elementen, meistens aber als Diplococcus. Er ist identisch mit dem Fehleisenschen Streptococcus, dem Erreger des Erysipels.

Von diesem neu gewonnenen Standpunkt aus, dafs der Streptococcus der typische Keim der Impetigo contagiosa sei, bespricht S. alsdann die pathologische Anatomie sowie die Komplikationen und Deformationen der Streptokokkenimpetigo (Impetigo pustulosa, Impetigo phlyktaenulosa corporis, Impetigoekthyma, Ekthyma) und geht in einem weiteren Abschnitt auf die sekundären Impetigoformen und die Dermitis chronica streptococcica über. Unter dieser letzteren Bezeichnung wird eine diffuse, chronische Impetigo contagiosa verstanden; ihre beiden wichtigsten, einander bedingenden Symptome sind die Anwesenheit des Streptococcus und die reichliche Exsudation von Serum; zu ihrem Zustandekommen sind aufser dem Coccus irgend ein traumatischer Reiz und eine leicht verletzliche Haut erforderlich; deshalb nennt S. seine Dermitis auch Dermite traumatique à Streptocoque. Häufig geht dem Ausbruch der Krankheit auch ein mehr oder minder heftiges Jucken voraus. An der Dermatose selber werden entsprechend ihrem Verlauf vier Stadien unterschieden: sie beginnt mit einer Exsudation; es folgt eine „Transformation lichénienne", die in eine regelrechte

Lichenisation übergeht, an welche sich dann als vierter das Stadium der Rückbildung anschliefst. Aus der pathologischen Anatomie seiner Dermitis hebt S. zwei Punkte hervor: die Ekzematisation der „phase post-prélichénienne“ und die Lichenisation; beide Syndrome entwickeln sich aus demselben anatomischen Element, das auch der Impetigo eigen ist, aus der Prävesikel; diese aber ist immer bedingt durch den Streptococcus. Diese Befunde führten Sabouraud dazu, seine „Dermitis traumatique à Streptocoque“ aufzustellen; er glaubt, dafs bei weiterer Untersuchung noch manche Ekzemformen ihr einzuordnen sein werden.

Die Ekzemfrage, von L. Brocq. Diese bedeutende Arbeit des bekannten Pariser Dermatologen zieht sich durch die drei ersten Hefte dieses Jahrgangs der *Annales* hin. Sie soll als Grundlage dienen zur Erörterung der Frage nach dem parasitären Ursprung des Ekzems. Diese Frage aber kommt als erste auf dem internationalen Kongrefs für Dermatologie, der gelegentlich der Weltausstellung in diesem Jahr in Paris tagen wird, zur Verhandlung. Brocq, der zum Berichterstatter ausersehen ist, hat zu diesem Zweck die vorliegende umfangreiche Arbeit geliefert. Er erörtert darin die Frage vom geschichtlich kritischen Standpunkt aus und knüpft daran die Ergebnisse seiner eigenen Untersuchungen und Beobachtungen.

Die Abhandlung zerfällt in vier Bücher, deren jedes wieder Unterabteilungen aufweist. Das erste Buch: Das Ekzem nach den verschiedenen Autoren, sowie das dritte: Die neueren Hypothesen über Ätiologie und Pathogenese der Ekzeme, sind mehr referierend kritisch gehalten; in dem zweiten Buch dagegen: Die Bedeutung des Wortes Ekzem, und in dem vierten: Versuch einer Darstellung des Eccema verum, entwickelt der Verfasser seine eigenen Anschauungen.

In seiner geschichtlichen Darstellung des ersten Buches unterscheidet der Autor für die Ekzemfrage zwei Zeitabschnitte: der erste reicht bis zum Jahre 1880; der zweite zweite umfafst die letzten zwanzig Jahre. Während der ersten Periode war man geneigt, jede Dermatose, die während irgend eines Abschnittes ihres Bestehens nässende Vesikeln aufwies, d. h. also fast jede Dermatose überhaupt, für ein Ekzem zu halten und in jeder nennenswerten Veränderung, die im Verlaufe eines Ekzems sich einstellte, eine Varietät desselben zu erblicken. In Bezug auf die Ätiologie trennte sich damals die französische von der deutschen Schule; für letztere war das Ekzem eine örtliche Erkrankung, für erstere vorwiegend der Ausdruck einer allgemeinen Dyskrasie oder Krankheitsanlage. In der zweiten Periode ändert sich dieses Bild namentlich auf französischer Seite, wo man sich unter Führung von Vidal und Besnier bemühte, das Eccema seborrhoicum, die Follikulitis, Impetigo, Ekthyma, die Dysidrose, die künstlichen vesikulösen Ausschläge und endlich die Lichenformen der älteren Ärzte von dem Begriff des Ekzems auszuschliefsen. Aber auch in Deutschland machte während dieser Zeit die Frage Fortschritte, namentlich Unna stellte ein neues anatomisches Kriterium des Ekzems auf: die Parakeratose, und eine neue Ätiologie: den Morococcus.

Nachdem B. diese verschiedenen Bemühungen, eine anatomische Definition für das Ekzem zu finden — eine Besprechung der Unnaschen Morokokkenlehre ist in das dritte Buch verwiesen — einer sehr gründlichen und sachlichen Kritik unterzogen, schreitet er im zweiten Buch zu dem Versuch fort, nun seinerseits die anatomischen und klinischen Symptome des Ekzems zusammenzustellen. Er schlägt, nach einer eingehenden Würdigung aller Thatsachen vor (S. 186): die Bezeichnung Ekzem nur auf solche entzündliche Dermatosen anzuwenden, bei denen es zur Bildung von Röte und von ganz bestimmt geformten, allen Dermatologen bekannten Vesikeln kommt; häufig, aber nicht regelmäfsig, wird dabei auch ein citronengelbes, klebriges Serum abgesondert und je nach der Stärke der Entzündung und der Ausschwitzung kommt

es dabei auch zur Bildung von Schuppen oder Krusten. Damit scheiden verschiedene grofse Gruppen — u. a. die Dysidrose, der Prurigo simplex und der Prurigo Hebra, die Neurodermitis chronica circumscripta, das Eccema seborrhoicum, Ekthyma, Impetigo u. s. w. — aus dem Rahmen des Eccema aus. Doch giebt Brocq die nahe Verwandtschaft dieser und ähnlicher Formen mit dem, was er Ekzem nennt, bereitwillig zu, aber, sagt er, es widerstrebe ihm, sie alle als Eccema verum zu bezeichnen, denn dieses sei keine Psoriasis (S. 186). Für jene Formen, die man bisher fälschlich zu dem Ekzem rechnete, bringt er den Namen „Dermatitis catarrhalis" in Vorschlag. Sein Ekzem ist aber keine einheitliche, sich immer gleichbleibende Dermatose, vielmehr unterscheidet er vier Hauptgruppen desselben: Eccema vulgare amorphum, Eccema erysipelatoides, Eccema papulum-vesiculoso, Eccema nummulare.

Nachdem so der anatomische und klinische Charakter des Ekzems einigermafsen festgestellt ist, beschäftigt sich das dritte Buch mit den verschiedenen Theorien seiner Pathogenese und beleuchtet die Stärken und Schwächen der beiden Haupthypothesen: Nach der einen ist das Ekzem eine besondere Art der Hautreaktion auf alle möglichen äufserlichen und innerlichen Reize bei angeborener oder erworbener Krankheitsanlage. Nach der anderen ist es parasitäre Erkrankung, entweder eines, bezw. mehrerer spezifischer Mikrobien oder der gewöhnlichen Mikrobien der Haut, die unter noch unbekannten Bedingungen ekzematogen werden sollen. Die parasitäre Hypothese wird nach Brocqs Ansicht den klinischen Thatsachen am besten gerecht, sie ist aber noch weit davon entfernt, bewiesen zu sein. Das vierte Buch, das sich eine Systematologie der Ekzemformen zum Zwecke gesetzt hat, knüpft naturgemäfs wieder an das zweite Buch an. Wurden dort nur vier Typen des Eccema verum anerkannt, nämlich das Eccema vulgare, Eccema erysipelatoides, Eccema papulo-vesiculosum und Eccema nummulare, so wird dieser Satz nunmehr weiter ausgeführt und begründet. B. hält diese Formen deshalb für reine Typen, weil der Ausschlag bei ihnen von Anfang an sein spezifisches Aussehen hat; sie alle bieten die ursprünglichen Elemente des Ekzems dar (S. 291). Jedes dieser Krankheitsbilder kann für sich bestehen; es können aber auch mehrere derselben bei dem nämlichen Kranken auftreten. Durch die Mischung dieser Typen erklärt sich zum Teil schon die grofse Menge der Ekzemformen sowie die vielen Übergangsformen zwischen den vier Krankheitsbildern.

Aber, so fährt Brocq fort, die Symptomatologie allein genügt nicht zur Klassifikation der verschiedenen Ekzemvarietäten; zur richtigen Auffassung gelangt man erst, wenn man auch die Pathogenese zu Rate zieht. Als conditio sine qua non zum Zustandekommen eines Ekzems wird eine besondere Krankheitsanlage der Haut — eine Disposition oder Prädisposition — bezeichnet. Ist diese gegeben, so sind als auslösende Momente die verschiedensten Reize wirksam. Sechs solcher Klassen von Reizen werden unterschieden und kritisch gewürdigt: 1. alle möglichen traumatischen Einwirkungen; 2. von der Nahrung herstammende Toxine; 3. Autointoxikation und Arthritismus; 4. die verschiedensten Erkrankungen der inneren Organe; 5. nervöse Störungen; 6. allgemeine Umstimmungen des Organismus. Danach werden sechs Ekzemformen aufgestellt. Es wird aber gleichzeitig gezeigt, dafs dieses pathogenetische Prinzip, anstatt Ordnung in das Chaos zu bringen, die Verwirrung nur verschlimmert. Reine Ekzemtypen, die sich sowohl durch ihre Symptome, wie durch ihre Pathogenese von allen anderen Formen unterscheiden, lassen sich, so schliefst Brocq, zur Zeit noch nicht aufstellen. Doch ermöglicht jeder Einteilungsmodus für sich — je nach der Pathogenese oder der klinischen Erscheinung — schon jetzt, zwei Tafeln der reinen Ekzemformen zu entwerfen. Der Leser findet diese Tafeln auf S. 310—314 abgedruckt. In den letzten Abschnitten der Arbeit werden die „Formes composées" und die „Eccémas compliqués" besprochen. Unter ersteren sind die Mischformen aus

den vier Hauptgruppen des Eccema verum, unter letzteren das Zusammentreffen von Ekzem mit anderen Dermatosen gemeint. *Türkheim-Hamburg.*

Journal des maladies cutanées et syphilitiques.

1900. Heft 2.

Ein Fall von Melanoglossie, von Albert Coffin. Die 44jährige Patientin besitzt ihr Leiden seit ungefähr einem Jahre. Sie ist sehr nervös und leidenschaftliche Raucherin. Ihre Zunge trägt auf den hinteren zwei Dritteln einen grofsen schwarzen Fleck, als ob sie mit Dinte betupft wäre; nur die Zungenspitze und die Ränder sind frei. Durch die ungefärbt bleibende Raphe wird der Fleck in zwei nicht ganz gleiche Teile geteilt. Die Papillae filiformes sind stark hypertrophisch, messen an 3 mm in der Länge; sie sind am Grunde rosafarben und ziemlich unvermittelt setzt die schwarze Färbung ein, die die Spitze überzieht. Die Anomalie hat keinerlei funktionelle Störung oder Belästigung im Gefolge. Diese Verfärbung ist nicht immer die gleiche, sondern läfst zeitweise an Umfang und Stärke nach. Woher diese Schwankungen eintreten, liefs sich nicht ermitteln.

Im Anschlufs an diese Mitteilung bespricht Verfasser die einschlägige Litteratur, die Ätiologie und die Therapie. Als Ursachen hat man mechanische, nervöse und bakteriologische Einflüsse beschuldigt. Therapeutisch empfiehlt sich neben Reinhaltung des Mundes eine 10%ige Salicylsäure-Alkohollösung zum Betupfen, mit oder ohne Abschaben der Stelle. Vor der Anwendung von Chlorkalium wird gewarnt, da es den Zustand nur zu verschlimmern scheint.

Betrachtungen über die Möglichkeit, die Prostituierten zum Guten zurückzuführen, von Louis Jullien. Es ist nicht so leicht, die Mädchen, die sich aus den verschiedensten Gründen dem Laster ergeben, in gesittete Verhältnisse zurückzuzwingen und meistens ist diese Liebesmühe, wie auch J. zugiebt, vergeblich. Die Schuld an diesem Mifserfolg sucht er zum Teil darin, dafs man es verkehrt anfange. Einer büfsenden Magdalene öffneten sich in Paris — und auch anderwärts — nur die Mauern der Klöster mit ihren strengen, abweisenden Regeln. Andere Asyle, in denen das Leben nicht ganz so düster erscheint, nehmen wohl Diebe und Mörder, aber keine gefallenen Mädchen auf. J. wünscht nun für seine Schützlinge freundliche Zufluchtsstätten mit leichtem und verschwiegenem Zugang, in denen Heiterkeit und Milde heimisch sind. Nach den Mitteilungen seines Freundes Louis Vossion beständen solche Einrichtungen bei der Heilsarmee in Amerika. Dort gingen die „Hallelujamädchen" in die Bordelle, um „Seelen zu retten"; dieselben Mädchen suchten dann die reichen Damen auf und ermahnen sie mit den strengsten Worten (avec les paroles les plus sévères), die reuigen Sünderinnen als Dienstboten ins Haus zu nehmen. Und die Damen der Fifth Avenue lassen sich darauf ein — les millionaires subissent cette dime.

Über ein bei den Melkern zur Beobachtung kommendes papulöses und eitriges Exanthem, von Ch. Audry. Unter obigem Titel hatte A. im Jahre 1898 eine Beobachtung mitgeteilt, die er nicht weiter zu deuten wufste. Jetzt veröffentlicht Winternitz im *Arch. f. Derm. u. Syph.* (Sept. 1899) zwei Fälle, die mit seinem völlig übereinstimmen. A. macht hierauf in einer kurzen Mitteilung aufmerksam.

Ulcus simplex auf Blutegelstichen, von Sarda. Um eine Paraphimosis, die Folge eines weichen Schankers, zu beseitigen, hatte ein Arzt Blutegel ans Perineum setzen lassen; die Blutegelstiche wandelten sich alsbald in echte schankröse Geschwüre um.

Sekundärsymptome sechs Jahre nach der ersten Ansteckung, von SARDA. Auf den primären Schanker war in diesem Fall eine sehr hartnäckige Roseola mit zahlreichen Schleimhautplaques gefolgt. Wegen hochgradiger Anämie war die jugendliche Patientin damals über ein Jahr im Krankenhaus geblieben. Jetzt stellte sich ohne nachweisbare äußere Ursache nach 6—7 Jahren ein neuer Hautausschlag ein, der teils einer echten Roseola glich; es waren aber auch zahlreiche Psoriasiselemente und mehrere richtige Papeln vorhanden; außerdem Schleimhautplaques im Halse. Eine spezifische Behandlung brachte sämtliche Erscheinungen rasch zum Schwinden.

Türkheim-Hamburg.

Journal of cutaneous and genito-urinary diseases.

Band 18. Januar 1900.

I. **Ein Fall blastomycetischer Dermatitis auf der Basis syphilitischer Geschwüre**, von H. G. ANTHONY und M. HERZOG-Chicago. Der 44jährige Patient litt seit 20 Jahren an ausgedehnten Geschwüren am linken Fuß, gegen welche ohne Erfolg die verschiedensten Mittel angewendet worden waren. Der Grund der Geschwüre war bedeckt mit fungösen, blumenkohlartigen Exkrescenzen, von denen eine dünne, wässerige, stark übelriechende Flüssigkeit abgesondert wurde.

Im Alter von 20 Jahren hatte der Patient an dem befallenen Fuß ein Erysipel, das in einen Abceß überging. Derselbe wurde incidiert. Von der Incisionsstelle aus bildeten sich Geschwüre, die heilten, wiederkamen und mit der Zeit an Ausdehnung gewannen. Anfangs sahen sie wie gewöhnliche Geschwüre aus, später nahmen sie ein warziges Aussehen an. Der Patient ist seit 24 Jahren verheiratet, Vater gesunder Kinder und abgesehen von dem Hautleiden, ganz gesund. Der Verfasser bespricht die Differentialdiagnose. An erster Stelle kamen Tuberculosis verrucosa cutis und Syphilis in Betracht. Nach reiflicher Überlegung gelangte Verfasser zu der Überzeugung, daß es sich um gummöse Geschwüre, kompliziert durch Blastomyceten, handelte. Unter einer energischen Jodkaliumkur heilten innerhalb von zwei Monaten sämtliche Geschwüre ab.

Die histologischen Befunde, welche von den Verfassern sehr ausführlich mitgeteilt werden, stimmen genau mit dem überein, was in der Litteratur als typisch für blastomycetische Dermatitis beschrieben worden ist.

II. **Ein Fall von makulösen Lepriden der Kopfhaut**, von P. A. MORROW. Es ist eine merkwürdige Thatsache bei der Lepra, daß die beiden Hauptformen derselben, wenngleich in ätiologischer Beziehung identisch, deutliche Verschiedenheiten nicht nur im Charakter der Hautläsionen sondern auch in ihrer Lokalisation aufweisen. Die erythematösen Plaques der Knotenlepra sind mehr transitorisch, sie können verschwinden und wiederauftreten mehrere Male, ehe sie der Sitz knotiger Infiltrationen werden, während die der anästhetischen Form im ganzen persistieren. Die Efflorescenzen der knotigen Lepra lokalisieren sich mit Vorliebe auf der Vorderfläche, während die der Lepra anaesthetica die hintere Fläche des Körpers bevorzugen. Jede der beiden Formen für sich zeigt wiederum Prädilektionsstellen am Körper. Relativ selten befallen von allen leprösen Manifestationen sind Handteller, Fußsohlen, Hals, Schläfen. Von allen Autoren ist bisher die behaarte Kopfhaut als immun gegen jede lepröse Veränderung angesehen worden. Aus diesem Grunde ist der vom Verfasser beschriebene Fall von makulösen Lepriden der Kopfhaut, weil ein Unikum in der medizinischen Litteratur, von großem Interesse.

Der 47jährige, von Vaters Seite her, wie es scheint, erblich belastete Patient bemerkte vor 16 Jahren zum ersten Male einen Fleck in der Mitte der Stirn, genau

über der Nasenwurzel. Der Fleck blieb lange Zeit stationär, bis er sich langsam nach unten über Nase, Wangen, Oberlippe und nach oben über die ganze Stirn auszudehnen begann und schliefslich auch auf die behaarte Kopfhaut übergriff. Jahre hindurch hatte der Patient stechende Empfindungen im Gesicht, seit sechs Monaten hat er in der ganzen befallenen Region ein taubes Gefühl. Die Augenwimpern sind vollständig verschwunden, während die Augenbrauen erhalten blieben. In der letzten Zeit sind auch einzelne Stellen an den Extremitäten von Flecken und Unempfindlichkeit befallen worden.

III. **Die Ätiologie und rationelle Behandlung der urethralen Arthritis und der verwandten Affektionen**, von A. M. Forbes-Montreal. Die urethrale Arthritis ist auf die Einwanderung des Gonokokken oder irgendwelcher anderer Bakterien aus der Urethra in die Gelenke, oder auch auf die Absorption der Toxine dieser Bakterien zurückzuführen. In allen derartigen Fällen wird die Behandlung an erster Stelle auf die Beseitigung der Urethritis gerichtet sein müssen.

Der Verfasser berichtet über 43 in Hospitälern und privatim behandelte Fälle. In 31 Fällen dauerte die Arthritis urethralis durchschnittlich etwas über 10 Monate. Unter den 43 wurden 8 als offenbar geheilt, 2 mit normalem Urin entlassen; 5 waren „bedeutend", 20 „deutlich", 4 „etwas" oder „schwach" gebessert; 6 ohne Besserung. Im ganzen läfst sich aus diesen Daten nicht sagen, wie viele dauernd geheilt waren. Von den 43 Patienten wurden 33 mit Antirheumatismus, Tonicis, heifsen Bädern oder lokalen Applikationen behandelt; bei 10 fand eine urethrale Behandlung statt und zwar bei 4 mit Injektionen oder Instillationen, bei 2 innerlich mit Copaiva, bei 4 mit einer alkalischen Mixtur. In keinem Falle, der nicht einen deutlichen urethralen Ausfluſs zeigte, wurde der Versuch einer urethralen Behandlung gemacht. Es soll aber als Norm dienen, daſs die Behandlung eines jeden urethralen Rheumatismus in der Behandlung der Urethra besteht unter Hinzufügung eines symptomatischen und allgemeinen Behandlung der Arthritis. Der Urin und der Urogenitaltraktus muſs sorgfältig beachtet werden.

Der Verfasser teilt die Krankengeschichte eines hierhergehörigen Falles mit.

IV. **Das Urethroskop in der Behandlung der Strikturen**, von Henry Koch-Rochester. Der Verfasser beschreibt einen Fall, um zu zeigen, wie das Urethroskop in geschickten Händen nicht nur ein Instrument für die Sicherstellung der Diagnose sei, sondern auch zu anderen, sehr wichtigen, praktischen Zwecken Verwendung finden könne, bei denen das Endoskop nicht am Platze sei. Es handelte sich um einen 39jährigen Anstreicher, welcher im Alter von 10 Jahren sich durch einen Fuſstritt eine Verletzung in der Perinealgegend zuzog, und dem 8 Jahre später ein ähnlicher Unfall passierte. Im Alter von 20 Jahren acquirierte er eine Blennorrhoe, die er nach einer zweiwöchentlichen Behandlung als geheilt ansah. Mit 26 Jahren heiratete er und fühlte sich bis zum 30. Lebensjahre ganz wohl, als er eines Tages Harntröpfeln bemerkte, zu dem sich bald die Erscheinungen eines Blasenkatarrhs hinzugesellten. Der Harnstrahl war dünn, der Urin trübe. Durch die urethroskopische Untersuchung wurde festgestellt, daſs die Mukosa der Pars pendula beinahe in ihrer ganzen Länge in hartes, infiltriertes, grauweifses Gewebe umgewandelt war, und das Lumen nicht einmal für filiforme Bougies durchgängig war. Es wurde zunächst die Dilatation mit dem Oberländer versucht, dann unter Cocainanästhesie die Behandlung mit dem Kochschen Urethroskop fortgesetzt und mit sehr gutem Erfolge zu Ende geführt.

V. **Eine ungewöhnliche Komplikation von subakuter Blennorrhoe**, von J. H. Dowd-Buffalo. Der 28jährige Patient bekam vier Wochen nachdem er sich eine leichte Blennorrhoe zugezogen hatte und von derselben nahezu befreit war,

intensive Schmerzen im rechten Knie, das geschwollen war, Fluktuation und Ballotement der Patella zeigte. Unter Bepinselung mit Jodtinktur, einer festen Bandage und Bettruhe besserten sich die Erscheinungen, als sich in den Flexoren des linken Oberschenkels, ausgenommen im Sartorius, heftige Schmerzen einstellten, die besonders stark waren, wenn der Patient sich aufrichtete, schwächer wurden, wenn er umherging und gänzlich verschwanden, wenn er safs. Der erste Urin war trübe und enthielt einige Fädchen, der zweite war klar. Es wurden Ausspülungen der Blase und Urethra mit einer Zinklösung verordnet. Die Schmerzen in den Flexoren des linken Oberschenkels traten darnach nur noch gelegentlich auf, während der Sartorius nunmehr empfindlich wurde. Erst im Verlaufe von sechs Wochen waren alle Schmerzen, die Verfasser als metastatische, ausgehend von der blennorrhischen Infektion ansieht, definitiv verschwunden.

Band 18. Februar 1900.

I. **Die Rolle der Eiterorganismen bei der Entstehung von Hautkrankheiten**, von G. T. Elliot. Die Ursachen der Eiterung sind bakteriellen, chemischen und unbekannten Ursprunges. Die Mikrobien, welche eine Suppuration hervorrufen können, sind der Stapylococcus pyogenes aureus, albus et citreus, der Staphylococcus cereus, der Mikrococcus tenuis, lanceolatus, tetragonus, der Streptococcus pyogenes, der Bacillus proteus, foetidus, pyocyaneus, pneumoniae, der Diplococcus intracellularis meningitidis, der Gonococcus, der Pestbacillus, der Milzbrand-, Diphtherie-, Tuberkel-, Typhus-, Rotzbacillus, der Bacillus des weichen Schankers, das Bacterium coli commune, der Actinomycespilz, der Blastomyceten- und Hyphomycetenpilz. Unter diesen sind die häufigsten Eitererreger der Staphylococcus pyogenes aureus und albus und der Streptococcus pyogenes. Diese produzieren indessen nicht nur Eiter, sondern bekanntlich zuweilen auch Nekrosis, Gangrän, Pseudomembranen und schwere nichteitrige Affektionen.

Auch die Toxine dieser Bakterien sind für die Entstehung von Eiterungen verantwortlich gemacht worden.

Ebenso soll die Absorption von Exkreten eitererregend wirken.

Die Bedingungen unter denen die Eiterung zu stande kommt sind allgemeiner und lokaler Natur. Von Wichtigkeit sind die Zahl der Bakterien, welche sich Eingang verschaffen, die Eintrittsstelle, der Zustand und die Widerstandsfähigkeit der Gewebe, der Nährboden, der Grad der Virulenz der Bakterien. Alle krankhaften Zustände, welche die Ernährung oder die vitalen Kräfte herabsetzen, begünstigen die Eiterung.

Lokal gestatten den Eintritt von Bakterien in die Gewebe vor allem Verletzungen jeder Art, Nekrosis, Hyperämie, Ödem, Anämie, Seborrhoe, Mangel von Reinlichkeit. Unna hebt besonders die Follikelmündungen als Eintrittsstellen hervor und hält sie wegen der Feuchtigkeit, Wärme etc. die sie liefern, in hervorragender Weise für die Entwickelung von Keimen geeignet. Der Verfasser bespricht die verschiedenen Modi der Inokulation der Bakterien und geht dann im speziellen Teile auf die Hautkrankheiten über, welche dem einen oder anderen der oben erwähnten Bakterien ihre Entstehung verdanken.

Die akuten cutanen und subcutanen Abscesse werden in ursächlichen Zusammenhang mit der Inokulation des Staphylococcus pyogenes aureus und albus und des Streptococcus pyogenes gebracht.

Das Karbunkel läfst Unna durch Infektion mit einem Streptococcus besonderer, bisher noch nicht erkannter Art entstehen, während Garrè den Staphylococcus pyogenes aureus dafür verantwortlich macht. Durch letzteren, wie auch durch den albus werden die Furunkel hervorgerufen, ferner die Impetigo vulgaris wie die Impetigo contagiosa. Die Impetigo vulgaris läfst Unna durch einen besonderen Coccus,

der eine ockergelbe Kultur bildet, entstehen. Die Acne vulgaris pustulosa wird von Barthélemy und anderen französischen Autoren auf den Staphylococcus aureus und albus zurückgeführt, während Unna hier die gewöhnlichen pyogenen Kokken verwirft und einen Mikrobacillus als Ursache annimmt. Für die Acne varioliformis macht Unna eine Mischinfektion mit einem Diplococcus und einem seinem Aknebacillus ähnlichen Diplobacillus geltend.

Der Verfasser erörtert in derselben Weise die Metastasenbildungen, verschiedene mit Eiterungen resp. Pustelbildung einhergehende Dermatosen etc. Aus seinen Betrachtungen geht zur Evidenz hervor, dafs es besonders die Staphylokokken und in geringerem Mafse die Streptokokken sind, welche als mitwirkend bei der Entstehung der Eiterung angesehen werden müssen, dafs aber noch andere Faktoren dabei eine Rolle spielen.

II. **Über Prostatitis und Vesiculitis seminalis,** von Ch. H. Chetwood-New York. Die akute, follikuläre Prostatitis in milder Form ist eine gewöhnliche Komplikation der akuten Urethritis, wenn letztere sich auf die hintere Harnröhre fortgesetzt hat.

Die akute, parenchymatöse Prostatitis ist ein höherer Grad dieser Krankheit, welche sich bis ins Parenchym der Drüse erstreckt und einen prostatischen oder einen periprostatischen Abscefs zur Folge haben oder auch ohne einen solchen verlaufen kann.

Die Behandlung der akuten, follikulären Prostatitis ist die Urethritis posterior; die Behandlung der parenchymatösen Prostatitis erfordert vor allem antiphlogistische Mafsnahmen, und wenn Eiterung eingetreten ist, chirurgische Eingriffe.

Die chronische Prostatitis ist gewöhnlich eine direkte Fortsetzung der chronischen Urethritis posterior und kann so geringe Symptome machen, dafs sie bisweilen gänzlich übersehen oder vernachlässigt wird. Sie besteht in solchen Fällen nur aus einem geringen, zähen Ausflusse, der am Morgen die Harnröhrenmündung verklebt; zuweilen ist dieser Ausfluſs stärker und lästiger. Wohl zu unterscheiden st die chronische Prostatitis von der Prostatorrhoe, die beide häufig miteinander verwechselt werden. Der Ausfluſs bei der letzteren ist nicht schleimigeitrig, sondern nur die excessive Absonderung des normalen Prostatasekrets. Die Prostatorrhoe braucht nicht notwendigerweise venerischen Ursprunges zu sein, sie rührt häufig von Masturbation her. Wohl können beide von verschiedenen nervösen Reflexerscheinungen, psychischen Störungen, sexueller Schwäche und Neurasthenie begleitet sein. Eine genaue Diagnose wird am besten durch die mikroskopische Untersuchung des Sekretes zu stellen sein.

Der Verfasser erörtert die Differentialdiagnose der chronischen Prostatitis, Prostatorrhoe, Spermatorrhoe, Urorrhoe und Urethritis, bespricht sodann die Therapie der chronischen Prostatitis, welche teilweise dieselbe wie die Behandlung der chronischen Urethritis. Aufser Irrigationen und Instillationen kommt die rektale Massage der Prostata in Betracht. Die für den Patienten wie für den Arzt unangenehme Manipulation kann ersetzt werden durch rektale Heifswasserdouchen, für welche sehr zweckmäfsig Tuttles oder Kemps Rektalspülkatheter zu verwenden sind.

Die Entzündung der Samenbläschen oder die Spermatocystitis tritt als eine blennorrhoische Komplikation auf im Anschluſs an eine heftige oder prolongierte Eiterung in der Pars posterior urethrae. Sie besteht sehr häufig gleichzeitig mit einer Entzündung der Prostata und oft mit akuter Epididymitis. Die Symptome gleichen denen der akuten Urethritis posterior und Prostatitis, bisweilen bestehen jedoch bei der Vesiculitis seminalis mehr Fieber, rektaler Tenesmus, schmerzhafte Erektionen, zuweilen eiterige oder blutige Samenergüsse. Hin und wieder findet man

Spermatozoen im urethralen Ausflusse. Die Untersuchung per rectum wird eine vergrößerte, gespannte, bisweilen fluktuierende Masse in der Gegend der Samenbläschen entdecken, die bei gleichzeitiger Prostatitis es unmöglich machen die Konturen zwischen Prostata und Samenbläschen zu unterscheiden.

Die chronische Vesiculitis seminalis entsteht entweder aus der akuten oder sie begleitet die chronische Urethritis posterior. Doch findet sie sich auch ohne vorangehende Blennorrhoe als Folge von sexuellen oder alkoholischen Excessen. Mit Rheumatismus oder Tuberkulose behaftete Individuen, bei denen sich eine chronische Urethritis sehr in die Länge zieht, neigen auch leichter zu einer chronischen Entzündung der Samenbläschen. Die Symptome der letzteren sind denen der chronischen Prostatitis sehr ähnlich.

Die Behandlung der akuten wie der chronischen Vesiculitis ist zumeist dieselbe wie die der akuten bezw. chronischen Prostatitis, Bettruhe, Vermeiden jedes sexuellen Verkehrs, antiphlogistische Maßnahmen im akuten, Massage der Samenbläschen und anliegenden Prostatateile oder heiße Rektalspülungen im chronischen Stadium.

III. **Klassifikation der Tumoren,** von B. H. Buxton. Die Einteilung der Geschwülste in epitheliale und Bindegewebsgeschwülste hält Verfasser für nicht ausreichend. Er wünscht vielmehr, daß diese beiden Hauptgruppen durch zwei, die Neurome und die Myome erweitert werden und unterscheidet demnach:

I. Die Epithelialgeschwülste, die er je nach ihrer Struktur einteilt in
   a) Papillome, Epitheliome (mit Pflaster- und Übergangsepithel);
   b) Adenome, Carcinome (mit Cylinder- und kubischen Zellen);
   c) Endotheliome (mit Endothelzellen).

II. Neurome.

III. Myome (Rhabdomyome und Leiomyome).

IV. Bindegewebsgeschwülste, die er einteilt in
   a) benigne (Fibrome, Osteome, Chondrome, Lipome, Gliome);
   b) maligne (Sarkome).

Band 18. März 1900.

I. **Unvollständige oder fehlende Harnsekretion in Verbindung mit gewissen Hautkrankheiten,** von L. Duncan Bulkley-New York. An 569 Patienten mit über 50 verschiedenen Hautkrankheiten wurden etwa 2000 Harnanalysen vorgenommen. Das spezifische Gewicht variierte zwischen 1045 bis 1003; in 1816 Analysen betrug es mehr als 1030, in einer großen Anzahl zwischen 1026—1030; nur in 51 Analysen unter 1010. Während hochgradige Acidität eine sehr häufige Erscheinung war, gab es auch viele Fälle mit subnormaler Acidität, wobei sich zuweilen auffallende Kontraste im Morgen- und im Abendurin zeigten. Eiweiß und Zucker fanden sich auffallend selten. Große Verschiedenheiten wurden besonders hinsichtlich des Gehalts des Urins an organischen Salzen beobachtet. Der Verfasser bespricht sodann die Ergebnisse der Harnanalysen bei einzelnen Hautkrankheiten. Was das Ekzem betrifft, das unter den untersuchten Fällen am häufigsten sich fand, so ergaben die Harnanalysen zumeist ein erhöhtes spezifisches Gewicht, eine verstärkte Acidität und Störungen in der Ausscheidung von Phosphaten, Uraten, der Harnsäure und des oxalsauren Kalkes. Im allgemeinen läßt sich sagen, daß scharf begrenzte und für die einzelnen Hautaffektionen charakteristische Verschiedenheiten in der Beschaffenheit des Urins nicht vorhanden waren. Dagegen läßt sich nicht verkennen, daß in vielen Fällen Diätfehler eine gewisse Rolle bei der Schädigung der Integrität der Haut spielen.

II. **Katheterisation des gesunden Ureters durch eine infizierte Region,** von H. Lilienthal-New York. Der Verfasser weist auf die Gefahren hin, welche die

Ureterenkatherisation für die Patienten nach sich ziehen kann. Wenn selbst gut sterilisierte Katheter eine infizierte Urethra oder Blase passieren, um zum Ureter zu gelangen, so liegt die Gefahr der Verschleppung von Bakterien sehr nahe. Dieselbe wird nur wenig vermindert, wenn man den Apparat von Kelly anwendet, der es ermöglicht, dafs der Katheter die Urethra und Blase trocken passiert und erst an der Mündung des Ureters mit den Geweben direkt in Berührung kommt. An einer Krankengeschichte zeigt der Verfasser, wie die Katherisation eines scheinbar gesunden Ureters zum Ausbruch einer latent und symptomenlos verlaufenden Erkrankung desselben Anlafs gegeben hat.

So wertvoll für die Diagnose, Prognose und Therapie einer Krankheit des Ureters oder der zugehörigen Niere die Katheterisation sein mag, so bedenklich ist sie für einen gesunden Ureter, den man ohne die schwerwiegendsten Gründe nicht katheterisieren sollte.

III. **Ein Fall von Haut-Angiosarkom,** von J. M. Winfield-Brooklyn. Der Hauttumor wurde bei dem 15jährigen, dürftig genährten Knaben im November 1898 zum ersten Male bemerkt. Er lag in der Nähe des Brustbeins und sah wie eine Warze aus. Der Arzt excidierte nach zweimonatlicher, fruchtloser Behandlung schliefslich das Gewächs. Die Blutung während der Operation war beträchtlich. Nach einem Monat begann die Warze wieder zu wachsen, gleichzeitig traten rings um den Rand hellrote Flecken auf. Nach acht Monaten wurde der Verfasser konsultiert. Das Gewächs hatte einen Durchmesser von 3—4 Zoll, war von unregelmäfsig ovoider Gestalt und bestand aus einer Anzahl grofser und kleiner hellroter Tumoren. Die gröfseren sind zumeist gestielt. Mikroskopisch bestehen sie aus zahlreichen grofsen Gefäfsen, um welche sich Zellhaufen in langgestreckten Bändern gruppiert haben, wie wenn sie in der Adventitia der Gefäfse entstanden wären. Es handelt sich somit um ein typisches Angiosarkom.

IV. **Die Therapie der Impotenz,** von J. Zabludowski-Berlin. Die Behandlung der Impotenz besteht hauptsächlich in Massage der Genitalgegend. Sie ist gerichtet 1. auf den Genitalapparat und die benachbarten Teile, 2. auf das Rückenmark durch Reflexwirkung und Ausstrahlung, 3. auf den Körper allgemein, und zwar auf die Blut- und Lymphgefäfse, 4. auf die Gehirncentren durch Vorstellung gewisser Bilder.

Der Verfasser beschreibt ausführlich die Technik der Massage und die bei derselben auszuführenden Manipulationen. Wo häufige Pollutionen bestehen, soll der Patient anstatt im Bette auf dem Sopha schlafen und ein Polster unter die Füfse legen. Die Abendmahlzeiten müssen regelmäfsig sein; Getränke am Abend sind zu vermeiden. Bei Spermatorrhoe infolge von Coitus interruptus und bei Prostatorrhoe ist der Massage der Prostata und des Abdomens besondere Aufmerksamkeit zuzuwenden. Die üble Gewohnheit des Coitus interruptus ist durch ein dem Weibe einzulegendes Okklusivpessar zu ersetzen.

Bei starker Nervosität ist allgemeine Massage von grofsem Nutzen.

C. Berliner-Aachen.

Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle.

1900. Heft 1.

Die Immunität der Vagina gegenüber den venerischen und syphilitischen Affektionen, von G. Barbiani. Verfasser weist auf die grofse Seltenheit primärer blennorrhoischer oder luetischer Infektion der Vagina hin. Diese Immunität der Scheide dem genannten spezifischen Virus gegenüber ist zurückzuführen auf die saure Reaktion des Vaginalsekretes. Ändern sich die Verhältnisse und wird das Sekret

alkalisch besonders infolge von Leukorrhoe, so wird die Vaginalschleimhaut für das blennorrhoische oder syphilitische Virus empfänglich. Dies war der Fall bei einer Patientin, deren Krankengeschichte angeführt wird. Bei derselben bestand eine Roseola, Drüsenschwellungen etc., wogegen äufserlich von einem Primäraffekt nichts entdeckt werden konnte. Bei näherer Untersuchung mit dem Spekulum zeigte es sich jedoch, dafs auf der Vaginalschleimhaut, ca. 4 cm vom Orificium vaginae, ein harter Schanker safs. Das Vaginalsekret reagierte auch in diesem Falle stark alkalisch.

Beitrag zum Studium der kongenitalen Syphilis, von V. Surico. Wird in den nächsten Nummern fortgesetzt.

Syphilitische Intoxikation und Infektion, von L. Levi. Verfasser ist der Ansicht, dafs nicht bereits beim Erscheinen der Initialsklerose der gesamte Organismus infiziert ist, sondern dafs die Infektion in dieser Periode eine rein lokale ist. Darauf stützt sich denn auch seine Behandlungsmethode, worüber er sich mehrfach ausgelassen hat (fortgesetzte, mehrere Wochen hindurch praktizierte Galvanokauterisationen des Ulcus). Die 30 Fälle, die er in dieser Weise behandelt, blieben sämtlich von Sekundärerscheinungen verschont. Die Periode der allgemeinen Infektion tritt erst dann ein, wenn das Virus die erste Lymphdrüsenstufe überschritten hat und Fieber eintritt. Von diesem Momente an ist das Blut der allgemeinen Cirkulation kontagiös.

Zur Stütze seiner Ansicht führt Verfasser die Gesetze von Colles und Profeta an. Wie es nach denselben infolge von Bildung von Antitoxinen zur Immunisierung der Mutter (Colles) oder des Kindes (Profeta) kommt, so geschieht es auch bei der Zerstörung der infektiösen Keime in loco, indem zuerst die Toxine allmählich eliminiert und sodann Antitoxine gebildet werden.

Die Herxheimerschen Spiralen, von Locatelli und Migliorini. Nach der Ansicht der Verfasser handelt es sich bei den sogenannten Herxheimerschen Spiralen keineswegs um Erzeugnisse besonderer Art sondern lediglich um Protoplasmafortsätze welche sich intensiver färben und gewisse Farbstoffe besser zurückhalten.

Ein Fall von Urticaria pigmentosa, von Colombini. In Bezug auf die Pathogenese dieser Affektion teilt Verfasser die Ansicht von Unna und Hoggan, wonach gewisse Nervenreize noch unbekannter Natur in den peripheren subepidermalen Ganglien, zunächst eine Hyperämie und sodann eine Ablagerung besonderer Zellen, der Mastzellen längs den Gefäfsen verursachten. Im weiteren Verlaufe führt dann der lange fortgesetzte lokale Reiz und die wiederholte Hyperämie an denselben Punkten zu einer abnormen Bildung und Anhäufung von Pigment in den Zellen der unteren Epidermisschichten und in den Papillen der Cutis.

Über den therapeutischen Wert des zimmtsauren Natrons bei der Behandlung der Hauttuberkulose, von La Mensa. Nach den Untersuchungen des Verfassers vermag das zimmtsaure Natron (Hetol) den allgemeinen Ernährungszustand in sehr günstiger Weise zu beeinflussen, besonders wenn die Medikation mit einer passenden und reichlichen Ernährung verbunden wird. Infolgedessen können skrophulotuberkulöse Lymphome zur Resorption gebracht werden, während der Lupus durch das Mittel in keiner Weise beeinflufst wird. *C. Müller-Genf.*

Bücherbesprechungen.

Mikrophotographischer Atlas zum Studium der pathologischen Mykologie des Menschen, von Eugen Fraenkel. Lieferung 1 und 2: Tuberkelbacillus, Leprabacillus. (Lucas Graefe & Sillem, Hamburg 1900.) Die Photographie histologischer Präparate hat unleugbare Fortschritte aufzuweisen, mit so vielen in der Sache liegenden Schwierigkeiten gerade dieser Gegenstand auch bisher zu kämpfen hatte. Da das Photogramm im Gegensatz zur Zeichnung nur eine einzige Bildebene reproduzieren kann, so konnten nur solche Präparate gebraucht werden, die alles Wesentliche in eine Ebene zusammengedrängt zeigen, also vor allem Sedimente aus Flüssigkeiten jeglicher Art (Sekrete, Blut, Lymphe), viel seltener schon allerfeinste Schnittpräparate. Es ist daher gar kein Wunder, dafs die Mykopathologie, in welcher nach R. Kochs Vorgang die photographische Wiedergabe mit besonderer Vorliebe gepflegt wurde, sich bisher fast allein auf die Darstellung von Kulturpräparaten beschränkte und der Mikrophotographie der Gewebsveränderungen, welche durch die Bakterien hervorgerufen werden und die doch den Pathologen am meisten interessieren, möglichst aus dem Wege ging. Sehr wesentlich kamen nun neben den allgemeinen Verbesserungen der mikroskopischen Technik die besseren Färbemethoden der Neuzeit, welche aufser den Bakterien die einzelnen Gewebselemente spezifisch zu färben erlaubten, auch der Mikrophotographie von Schnittpräparaten zu gute und so unterliegt es keinem Zweifel, dafs auf diesem Wege fortschreitend die mikrophotographische Darstellung pathologischer Details von Gewebsschnitten noch ordentliche Fortschritte erfahren kann.

Der E. Fraenkelsche Atlas bedeutet offenbar einen Markstein auf diesem Wege des Fortschrittes; was heutzutage überhaupt geleistet werden kann, führt er uns wirklich vor und wird sicherlich nur von wenigen photographischen Atlanten der Pathologie, wie dem Meissner-Josephschen, in manchen Stücken erreicht, von keinem übertroffen. Unter den bakteriologischen Lehrbüchern steht er aber durch die ausgedehnte, systematische Vorführung der Gewebsläsionen des menschlichen Körpers in mikrophotographischen Bildern einzig da. Um die technische Herstellung der Photogramme hat sich der rühmlichst bekannte Zeichner pathologischer Präparate, Herr Gummelt, verdient gemacht, während es von der Verlagsanstalt besonders anzuerkennen ist, dafs sie unter Verzicht auf die billigeren Vervielfältungsverfahren des Lichtdrucks, den Atlas durchweg mit wirklichen Photographien ausstattete, welche ihr feinstes Detail erst der Lupenbetrachtung offenbaren.

Das erste Heft, welches die Invasion des Tuberkelbacillus behandelt, hat für den Dermatologen kein wesentliches Interesse, um so mehr das zweite, das dem Leprabacillus gewidmet ist. Mufs es uns schon in hohem Grade interessieren, wie ein Pathologe von der Erfahrung E. Fraenkels die so verschieden gedeuteten Bilder der Leprahistologie auffafst und verwertet, so verdienen seine Ansichten um so mehr Berücksichtigung, wenn man erwägt, dafs sie sich auf Präparate stützen, die für einen mikrophotographischen Atlas auszuwählen waren. Denn schwerlich werden mikroskopische Schnitte von gröfster Feinheit und Klarheit einem so intensiven Studium unterzogen, als wenn es gilt, dieselben mittelst der Photographie festzuhalten und zu vervielfältigen. Es ist daher in hohem Grade bemerkenswert, dafs E. Fraenkel sich in der Frage der Lagerung des Leprabacillus in der Hauptsache noch auf den

von uns festgehaltenen Standpunkt stellt, daſs die Lymphkapillare und das Lymphgefäſs der natürliche Nährboden des Leprabacillus ist. In der Leber, dem Hoden, in den Lymphdrüsen und Nerven hat der Autor, wie die betreffenden Photogramme nebst Text erweisen, überhaupt nichts als freie Bacillen und Bacillenklumpen gefunden (Fig. 27, 29, 32, 34). Nur in der Niere, der Milz und Haut trifft er Bacillen und Bacillenhaufen, die mit bestimmten Zellen einen „innigen Connex" zu besitzen scheinen. Aber auch in diesen Organen sind viele als „Leprazellen" imponierende Gebilde einfache „Quer- und Schiefschnitte von mit Bacillenklumpen erfüllten Hohlräumen". Unser besonderes Interesse konzentriert sich daher schlieſslich auf diejenigen Ausnahmefälle, wo der Autor nicht umhin kann, bacillenerfüllte Zellen anzunehmen. Es sind dieses teils Endothelien von Lymphgefäſsen, in welche die Bacillen vielfach „wie eingespieſst" erscheinen, teils sogenannte „epitheloide" Zellen. Übrigens hat Fraenkel diese letzteren Elemente nie „in solchem Grade von Bacillen okkupiert" gesehen, „daſs sie den Eindruck von in Lymphräumen gelegenen Bacillenklumpen erweckten", will aber die Möglichkeit eines solchen Vorkommens nicht bestreiten. Die beiden Abbildungen, die für die intracelluläre Lagerung der Bacillen beweisend zu sein scheinen, sind die Figuren 33 und 25. Jene zeigt uns aus einem Schnitte der Milz einen einkernigen, bacillenfreien Leukocyt und eine Pulpazelle, deren Protoplasma zwei in kleinen Häufchen zusammenliegende Bacillengruppen und einige isolierte Bacillen enthalten soll. Leider ist gerade dieses Photogramm etwas unscharf in den Konturen des Protoplasmas ausgefallen. Weshalb aber die deutlich sichtbaren Bacillen und Bacillenklümpchen mit ihrer konzentrisch sie umgebenden Schleimhülle gerade in der Pulpazelle und nicht auf ihr, dieselbe eindrückend, liegen sollen, ist dem Referenten unerfindlich. Ebenso in der Figur 25, wo man den Vorteil hat, das gut gefärbte Protoplasma einer Endothelzelle deutlich zu erkennen und die Bacillen mit ihrer Schleimhülle sich ausgezeichnet scharf vom dunklen Protoplasmahintergrunde abzeichnen zu sehen. Fraenkel beweist gerade an diesem Präparat, wie das Lumen des Lymphgefäſses von einem Bacillenthrombus eingenommen wird, der sich klar und reinlich von der benachbarten Endothelzelle retrahiert hat, ohne mit derselben irgend einen Connex einzugehen. Weshalb sollen denn nun diese Bacillenthromben bei der Retraktion (durch die Härtungsflüssigkeit) nicht einige Bacillen auf der Endothelzelle zurückgelassen haben? Diese Deutung des Bildes ist doch bei weitem wahrscheinlicher, als die Annahme einer Einlagerung in die Zelle, wenn man sieht, daſs jeder Bacillus eine ungefärbte Schleimhülle besitzt. Denn wären die Bacillen wirklich umhüllt von dem gut gefärbten Protoplasma der Zelle, so würde die Färbung des letzteren wohl gewiſs die ungefärbte Hülle verdecken und nur die stark und kontrastgefärbten Bacillen selbst durchscheinen lassen. Weshalb soll für die „epitheloiden" und endothelialen Zellen nicht dasselbe gelten wie für die Leukocyten, von denen der Autor in seiner Figur 29 aus einer Hodenarterie ausdrücklich die bloſse Anlagerung angiebt („ein an einem Leukocyten festhaftendes Bündel von mehreren Bacillen"). Die von Fraenkel als beweisend für eine intracelluläre Lagerung angesehenen Fälle laufen also auf das allbekannte und von dem Referenten nie bestrittene Vorkommen von dem Protoplasma auf- und eingedrückten Bacillenklümpchen hinaus, die viel deutlicher als an hypertrophischen Bindegewebszellen an Stachelzellen und Leberepithelien die aufgedrungene Lagerung der Bacillen bei vollkommener Passivität des Protoplasmas erkennen lassen. Diese Fälle sind mit der Lehre von der vollkommenen Passivität des Bacillenwachstums von den Zellen sehr gut vereinbar. Was aber mit der entgegenstehenden Lehre von dem Wachstum der Bacillen im Protoplasma der Zellen absolut unvereinbar ist, diejenige Thatsache, welche in dem Fraenkelschen Atlas in harmloser Weise als selbstverständlich gilt und daher den Lehren von Neisser, Babes,

Philippson u. a. gegenüber im Text garnicht genügend betont wird, das ist die vollkommene Unversehrtheit des Zellprotoplasmas, wo es überhaupt nachgewiesen werden kann. Jeder der obigen Autoren hat eine ihm ganz eigentümliche Pathologie der „leprösen Zelldegeneration" geschaffen, die an Originalität nichts zu wünschen übrig läßt, bloß um die sonderbaren und unverstandenen Bilder des Bacillenschleims irgendwo unterzubringen. Von allen diesen Degenerationen, dem notwendigen Komplement der intracellulären Theorie, hat offenbar E. Fraenkel an seinen Präparaten nichts gesehen. Damit steht seine Darstellung weit erhaben über den Schilderungen jener Autoren da; wir hätten nur gerne gesehen, wenn diese absolute Diskrepanz zwischen seinen Befunden und jenen der Zellentheoretiker in diesem Atlas wenigstens an einer oder der anderen Stelle scharf hervorgehoben wäre.

Wäre nach dieser Richtung der negativen Befunde von „Zellverfettung", „Ablagerung säurefester Substanz" etc. etc. einerseits und der positiven Befunde von Auflösung des Bacillenschleims in abgestorbenen Bacillen andererseits der Fraenkelsche Atlas vervollständigt worden, dann wäre er entschieden die beste histologische Darstellung zugleich, die wir von der leprösen Invasion besitzen. Dann würde der Autor auch zur Überzeugung gekommen sein, daß er in Wahrheit nicht, wie er glaubt, zwischen der Lehre von der Juxtaposition und der Lehre vom intracellulären Wachstum eine „vermittelnde Stellung" (S. 25) einnimmt; wenigstens kann der Referent seine Stellung nicht als eine solche anerkennen. Dazu hätte wenigstens gehört, daß er an seinem Material irgendwo — sagen wir z. B. in der Milz, wo doch an Zellproliferation und Zelldegeneration mehr geleistet wird als an der Haut — ein Wachstum der Leprabacillen im Zellprotoplasma mit Hervorrufung aller der von Neisser, Babes, Schäffer u. s. f. ausführlich beschriebenen Degenerationserscheinungen ebenfalls, wenn auch nur in beschränktem Umfange, nachgewiesen und damit die Richtigkeit der Lehre vom intracellulären Wachstum als neben der Lehre von der Juxtaposition zu Recht bestehend anerkannt hätte.

Nach Ansicht des Referenten ist vielmehr dieses Atlasheft von E. Fraenkel — malgré lui — das vollgiltigste Zeugnis eines bisher in der Frage der „Leprazelle" unbeteiligten Autors für die Richtigkeit der Lehre von der vollkommenen Indifferenz zwischen Bacillus und Zellprotoplasma, von dem Leben und Gedeihen des Bacillus ausschließlich an den Lymphküsten des festen Gewebes ohne eine derartige Nekrobiose des Protoplasmas, wie sie der Tuberkelbacillus verschuldet.

Endlich kann sich der Referent auch nicht mit E. Fraenkel darin einverstanden erklären, daß das wesentlichste zellige Element des Leproms „epithelioide" Zellen sind, wenn man nämlich unter diesem etwas zellscheuen Ausdruck solche Gebilde versteht, die ziemlich reichlich Protoplasma irgendwelcher Art ausgebildet haben. Das Wesentliche sind eben auffallend protoplasmaarme Zellen, ja unglaublich viele nackte, meistens sogenannte saure, große Kerne.

Abgesehen von diesen sachlichen Differenzen, können wir das Lepraheft von E. Fraenkels Atlas allen Leprologen, Pathologen und Dermatologen nur warm als eine bisher nirgends in dieser Vollkommenheit gegebene photographische Darstellung der leprösen Gewebsveränderungen empfehlen. *Unna.*

Mitteilungen aus der Litteratur.

Syphilis.

Sekundär-syphilitische Nephritis, von ALLARIA. (*Brit. med. Journ.* 30. Dezember 1899.) Der Verfasser behauptet, dafs Nephritis syphilitischen Ursprunges auch im sekundären Stadium auftreten und unter Merkur und Jodkalium abheilen könne. Die Nephritis ist dann teilweise parenchymatös, wie bei anderen Infektionskrankheiten und teilweise interstitiell. Letzteres führt er auf das spezifische Gift zurück. Der Verfasser beschreibt einen Fall von sekundär-syphilitischer Nephritis. Die tertiär-syphilitische zeigt in der Mehrzahl der Fälle einen mehr chronischen Verlauf und eine weniger ausgesprochene Albuminurie. *C. Berliner-Aachen.*

Syphilitische Ulcerationen der Trachea, von W. DOWNIE. (*Brit. med. Journ.* 14. Oktober 1899.) Im allgemeinen hält man syphilitische Ulcerationen der Trachea für eine seltene Erscheinung. Verfasser hat eine verhältnismäfsig grofse Zahl derartiger Fälle beobachtet, von denen er drei mit letalem Ausgange ausführlich mitteilt. In keinem dieser 3 Fälle war gleichzeitig irgend eine syphilitische Plaque oder ein syphilitisches Geschwür im Rachen vorhanden. Nur ein Fall zeigte auch im Larynx ausgedehnte Zerstörungen, die zu ernsthafter Stenose des Larynx geführt hatten. Die postmortale Untersuchung ergab im Falle 2 ausgedehnte postulcerative, syphilitische Stenose der Trachea, im Falle 3 ausgedehnte syphilitische Ulceration, welche die Trachea und beide Bronchien ergriffen hatte. *C. Berliner-Aachen.*

Syphilitische Stenose beider Bronchien, von ROLLESTON und C. OGLE. (*Brit. med. Journ.* 22. April 1899.) Die Verfasser beschreiben 2 Fälle, von denen der erste eine 25jährige Frau betraf. Dieselbe kam am 3. Januar 1899 in St. Georges Hospital mit Husten, Stridor und starker Kurzatmigkeit ein. Es entwickelte sich bald eine septische Pneumonie mit letalem Verlaufe. Die Autopsie ergab Lungenverdichtung, Verdickung der Pleura und stark geschwollene Bronchialdrüsen. Die Hauptbronchien zeigten an einer Stelle eine starke Verengerung mit Dilatation des dahinterliegenden Teiles des Bronchialrohres. Aufserdem fanden sich ausgedehnte, syphilitische Herde in der Leber. *C. Berliner-Aachen.*

Über viscerale Syphilis, von CH. THOREL. (*Virch. Arch.* Bd. 158. Heft 2. S. 271.) THOREL verlangt für die Diagnose „der im Verlauf der Syphilis sich etablierenden interstitiellen Organveränderungen" den mikroskopischen Nachweis miliarer Gummata. T. geht von der Arbeit STOLPERS (*Bibliotheca medica.* Abt. C. 1896. Beiträge zur Syphilis visceralis) aus und warnt davor, ohne Weiteres für statistische Zwecke Fälle heranzuziehen, in welchen die Organveränderungen ohne alle Kriterien der syphilitischen Gewebsalteration in nichts sich von solchen Veränderungen nicht luetischer Individuen unterscheiden. T. verbreitet sich eingehender über das mikroskopische Ergebnis eines Falles alter Syphilis, bei dem das mit Ausnahme des atrophisch verdünnten Schwanzteiles zu einer brettharten, unregelmäfsig knolligen Masse zusammengeschrumpfte Pankreas die specifischen Verhältnisse bot. Die Veränderungen bestanden in einer ausgedehnten und zur Verödung des Pankreasgewebes führenden chronisch indurativen Entzündung, deren Spezifität in der Bildung miliarer

Gummata sowie in einer diffusen Verkäsung der Granulationen dokumentierte. Den Prozessen an den Venen, welche sich teils unter dem Bilde der chronischen Endophlebitis, teils als heftige allgemeine Entzündungen der Gefäfswand mit konsekutiver Obliteration der Venenlumina präsentierten, spricht T. in teilweisem Gegensatz zu Rieder (Zur Pathologie und Therapie der Mastdarmstrikturen. *Arch. f. klin. Chir.* 1897. Bd. 55) eine spezifische Bedeutung ab.

Ein zweiter Fall betraf ein in der Mitte der Zwanziger stehendes, notorisch luetisches, Individuum, welches nach langjähriger spezifischer Behandlung ziemlich plötzlich in schwerem Kollaps verstarb. Die Muskulatur des Herzens war von butterweicher Konsistenz, von fahlem, wachsartigem Kolorit, wobei die Schnittfläche in ganz eigenartiger Weise von zahllosen weifslichen Pünktchen, Flecken und Streifen durchsetzt erschien. Es interessiert hier vor allem, dafs mikroskopisch in den Hauptzügen charakterisiert, es sich um die Entfaltung eines „mächtigen Granulationsgewebes handelt, welches zu einer ganz erheblichen Reduzierung, zum Teil zu einer kompleten Einschmelzung der Muskulatur geführt hat. Das spezifische an dem Granulationsgewebe ist aber der reichliche Gehalt an Riesenzellen und nekrotischen Zerfallsherden, „verkäster Gummata". Thorel will die Möglichkeit nicht läugnen, dafs es echte syphilitische und lediglich unter dem Bilde der einfachen Gewebscirrhose verlaufende Erkrankungsformen giebt. Die Entscheidung ist aber histologisch vor der Hand nicht zu führen und auch dann noch vollkommen ausgeschlossen, wenn wir bei der Obduktion selbst in anderen Organen nach den charakteristischen Merkmalen der tertiären Syphilis in Gestalt der Gummata begegnen.

Ernst Delbanco - Hamburg.

Betrachtungen über Pankreassyphilis, von Tatouchesco - Bukarest. (*Presse méd.* 8. November 1899.) Nach einem kurzen historischen Bückblick über die Entwickelung unserer Kenntnis von den syphilitischen Affektionen des Pankreas geht Verfasser auf Symptomatologie, pathologische Anatomie und Histologie der Pankreassyphilis ein. Entgegen der Annahme macht letztere meist keinerlei subjektive Symptome. Das kommt daher, dafs wenn das Pankreas erkrankt, gewöhnlich schon andere Eingeweide leidend sind, deren Symptome solche von seiten der Bauchspeicheldrüse verwischen oder übertönen. An objektiven Symptomen einer Pankreaslues sind zu erwähnen: Störungen in der Assimilierung von Kohlehydraten, Albuminoiden und Fetten, (Stearrhoe, Lipurie). Ein wichtiger Anhalt für Pankreaslues pflegt auch noch fortschreitende Abmagerung bei Erhaltung des Appetits zu sein. Glykosurie, Sahlische Salol- und Jodprobe führen ebenfalls nicht mit Sicherheit zur richtigen Diagnose. Das Pankreas nimmt bei syphilitischer Erkrankung an Volumen zu, bis zur dreifachen Gröfse des normalen, wird prall, hart elastisch wie Knorpel und zeigt zuweilen Knotenbildungen, welche die Oberfläche unterbrechen. Die mikroskopischen Untersuchungen sind meist an den Leichen Neugeborener vorgenommen worden, bei denen Lues der Bauchspeicheldrüse häufiger vorkommt. Die Art der Erkrankung ist eine dreifache: 1. als gummöse, 2. als interstitielle und 3. als gemischte Pankreatitis. Die erstere ist am seltensten zu beobachten, die interstitielle am häufigsten. Auf der Zunahme interstitiellen Gewebes beruht die Härte des Organs bei Syphilis. Die Proliferation des Bindegewebes bleibt nicht nur eine perilobuläre, sondern wird auch intralobulär, wodurch das glanduläre Gewebe immer mehr atrophiert. Daneben entstehen in den Gefäfsen endo- und periarterielle Proliferationen und amyloide Entartung der Gefäfswände, besonders ihrer Tunica media.

Hopf-Dresden.

Die syphilitischen Erkrankungen des Mastdarms, von J. H. Rille. (*Die Heilkde.* Oktober 1899.) Primäre Syphilis kommt vor in Form von harten Schanker-

geschwüren an der Afteröffnung, der Perianalgegend und im Rectum. Im Orient ist bei Männern diese Lokalisation sehr häufig. Bei Weibern findet man aber auch bei uns den Primäraffekt an dieser Stelle gar nicht so selten, bisweilen vergesellschaftet mit eben solchem der äufseren Genitale.

Die Diagnose ist um so leichter, je mehr der Primäraffekt an der Haut der Circumanalgegend selbst sich befindet. Er stellt dann eine scharf umschriebene, kreisrunde, oft bis markstück- und selbst thalergrofse, braunrot glänzende, mit festhaftendem Belag versehene Erosion vor, deren Basis deutliche Derbheit nachweisen läfst. Wichtig ist der Nachweis der multiplen indolenten Leistendrüsenschwellung. An der Haut-Schleimhautgrenze oder auf der Schleimhaut selbst besitzt er häufig die Form einer Fissur, eventuell mit mehr weniger derb infiltrierten, wallartig aufgeworfenen Rändern. Diese Rhagadenform findet sich besonders bei Mischinfektion mit dem Virus des Ulcus molle. Differentialdiagnostisch verweist Verfasser noch auf jene eigenartige, besonders von Jullien beschriebene Ulcerationsbildung infolge von Blennorrhoe des Rectum, ein an der Schleimhautfläche einer geschwollenen und dunkelrot gefärbten Afterfalte sitzendes, fissurenförmiges, längliches Geschwür, das durch einen elevierten, „verandaförmigen" Rand begrenzt wird. Weniger in Betracht kommen die allerdings nicht seltenen tuberkulösen Geschwüre, die eher mit gummösen Geschwüren zu verwechseln wären, ebenso wie die aphthösen Geschwüre. Einmal sah Verfasser bei einem perinealen Primäraffekt Harnverhaltung.

Von den Erscheinungen der sekundären Syphilis sind besonders die nässenden Papeln, hauptsächlich in der Afterkerbe und an den Afterfalten, hervorzuheben. Selten ist ihr Vorkommen an der Rectalschleimhaut. Die breiten Kondylome der Afterfalten gehen öfter mit tiefgreifenden Infiltrationen einher, die zu schmerzhaften Fissuren führen, infolge einer auf den Sphincter externus übergreifenden spezifischen Myositis kann es zu schmerzhaften Krampfzuständen kommen.

Von gröfster Bedeutung sind die tertiär-syphilitischen Erkrankungen des Mastdarms, das Vorkommen von zerfallenden Gummata und der Ausgang derselben in Narbenstriktur. Die Syphilis ist die bei weitem häufigste Ursache der Geschwürs-Stenosenbildungen des Rectum.

Die gummösen Geschwüre des Rectum sind hauptsächlich im untersten Drittel lokalisiert; es sind relativ seichte, flache Ulcerationen von graurötlicher oder sehr blasser Farbe und wechselnden Dimensionen. Charakteristisch für dieselben, wenigstens bei längerem Bestande, ist eine narbige Begrenzung, welche eine förmliche Starrheit und Rigidität der umgebenden Schleimhaut ergiebt, gleichwie ein mit Recht als pathognomonisch gekennzeichnetes Vorkommen von dunkelroten, polypoiden oder kondylomähnlichen Schleimhautknoten am Rande oder in der Umgebung dieser Geschwüre. Ähnliche, doch normal oder gelbbraun gefärbte Exkrescenzen und Wachsungen pflegen auch an der äufseren Haut der Afterkerbe in reichlicher Zahl vorzukommen, wodurch allein schon die Diagnose Gumma und Stenose gesichert wird. Bei Weibern ist die Rectalaffektion meist kombiniert mit der analogen Erkrankung am Sinus urogenitalis, Gumma der Vulva und der Vagina. Die Gummata der äufseren weiblichen Genitale sind charakterisiert durch konsekutive Hypertrophien und elephantiastische Verdickung dieser Teile und excessive Ausbildung von hahnenkammförmigen Zerklüftungen und villösen Fortsätzen.

Die Strikturen des Rectum können lange Zeit symptomlos verlaufen und werden oft erst bei nahezu vollständiger Enge und Unwegsamkeit erkannt. Die Erscheinungen des Leidens sind Stuhlverstopfung, abwechselnd mit schmerzhaften Stuhlgängen und blutiger Beimischung, nicht selten heftige Leibschmerzen mit Erbrechen,

fast stets starke Abmagerung und Anämie. Das Leiden kann infolge Erschöpfung und amyloider Degeneration zum Tode führen.

Die Therapie ist eine spezifische (Jod, Quecksilber, Zittmanndekokt). Bei nicht allzu schweren Strikturen kann durch täglich vorzunehmende Dilatationen mit Bougies aus Hartgummi, welche mit Jodoformgaze umwickelt und mit Vaselin befettet eingeführt werden, wenigstens temporär bedeutende Besserung erzielt werden. Bei hochsitzenden Stenosen ist Operation angezeigt (Resektion nach Kraske und Bildung eines neuen Sphinkter nach Willems und Gersuny.) *I. Bloch-Berlin.*

Ein Fall von syphilitischer Lebercirrhose und milchweifser Ascitesflüssigkeit, von Poljakow. (*Medicinskoje Obosrenje.* Dezember 1899.) Verfasser berichtet über eine Beobachtung von syphilitischer Lebercirrhose bei einer 48jährigen Frau, wo alles fehlte, was die Diagnose Lues rechtfertigen konnte. Die Kranke starb und erst die Autopsie zeigte, dafs es sich um eine syphilitische Affektion gehandelt hatte, nämlich um Hepar lobatum. Um so interessanter wurde nun der chemische Befund der Ascitesflüssigkeit. Dieselbe war von milchweifser Farbe und enthielt: Eiweifs 1,6‰ und zwar vorzüglich Serumeiweifs, denn Globine waren sehr wenig, Pepton und Hemialbumose gar nicht vorhanden. Die Gesamtmenge der Fette betrug 0,86 auf 1000. Die weifse Färbung der Flüssigkeit liefs sich daher nicht, wie sonst bei chylöser Ascitesflüssigkeit, auf den Fettgehalt zurückführen. Und während man sonst gewohnt ist, die milchige Beschaffenheit der Ascitesflüssigkeit als pathognomonisch für Carcinom anzusehen, spricht dieser Fall gegen eine solche Annahme.

A. Jordan-Moskau.

Diffuse syphilitische Veränderungen in der Leber, von F. P. Weber. (*Brit. med. Journ.* 25. März 1899.) Ein 47jähriger Mann war an Gehirnblutungen gestorben. Er hatte lange Zeit an Syphilis gelitten und zuletzt noch tertiärsyphilitische Testikel gezeigt. Die Autopsie ergab unter anderem eine etwas vergrößerte Leber mit diffusen, fibrösen Veränderungen des Leberparenchyms. Mikroskopisch können dieselben als das Resultat eines cirrhotischen Prozesses angesehen werden, wie er sich häufiger bei kongenitaler als bei acquirierter Syphilis vorfindet. *C. Berliner-Aachen.*

Ein Fall von Syphilis des Herzens und der Leber, von P. M. May. (*Brit. med. Journ.* 23. Dezember 1899.) Ein 30jähriger Mann wurde am 22. Juni 1899 in schwerkrankem Zustande ins Hospital gebracht. Er klagte über heftige Schmerzen vorn an der Brust und über konstantes Erbrechen. Tags zuvor fühlte er sich noch ganz wohl. Seine Extremitäten waren kalt, seine Gesichtsfarbe blafs, der Gesichtsausdruck ängstlich. Der Puls ging sehr langsam. Die Auskultation ergab auf beiden Seiten vorn feuchte Rasselgeräusche; Herztöne waren kaum noch zu unterscheiden. Trotz sofortiger Verabreichung kräftiger Nervina sank die Herzthätigkeit rapide. Eine Stunde nach der Aufnahme starb der Patient.

Die Autopsie ergab unter anderen Befunden Dilatation und Hypertrophie des Herzens. In der linken Wand des rechten Ventrikels und zwischen beiden Ventrikeln war eine etwa taubeneigrofse, feste, gelblichweifse, unregelmäfsige, knotige Masse eingelagert in die Muskelfasern des Herzens durchzufühlen. Ein kleiner, erbsengrofser Knoten nahm eine der Semilunarklappen ein. Beide Gewächse müssen der Blutzirkulation der Lungenarterie ein starkes Hindernis in den Weg gelegt haben. Der Arcus aortae war in seiner inneren Auskleidung entzündet. Es bestand akute Aortitis.

Die Leber zeigte zahlreiche narbenähnliche Vertiefungen.

Die mikroskopische Untersuchung des Tumors im Herzen ergab ein typisches

Gumma, welches aus kleinen runden Zellen mit Interzellularsubstanz bestand und ein Infiltrat des Herzmuskels darstellte.

Der Patient hatte, wie aus der Anamnese hervorging, vor 10 Jahren Syphilis acquiriert. *C. Berliner-Aachen.*

Ein Fall von Gummata in der Herzwand, von Lazarus-Barlow. (*Brit. med. Journ.* 4. November 1899.) Es handelte sich um einen 40jährigen Mann, der von der Polizei tot auf der Straſse aufgefunden und ins Hospital geschafft worden war. Bei Lebzeiten hatte er, wie man in Erfahrung brachte, ein unregelmäſsiges Leben geführt. Die Autopsie ergab Narben in der Leber, welche von abgeheilten Gummata herrührten und kleine Tumoren in der Herzwand namentlich des linken Ventrikels. Mikroskopisch bestanden die Tumoren aus kleinen runden Zellen mit mehr oder weniger fibrösem Gewebe. Das ganze pathologisch-anatomische Bild kann als syphilitische Myocarditis bezeichnet worden. *C. Berliner-Aachen.*

Aneurysma bei kongenitaler Syphilis, von J. Hutchinson. (*Brit. med. Journ.* 26. August 1899.) Der Verfasser beschreibt einen Fall bei einem 16jährigen Burschen, der ein Aneurysma der Arteria temporalis zeigte, der Tumor war etwa haselnuſsgroſs und pulsierte deutlich. Die Pulsationen konnten durch Druck auf den Stamm zum Stillstand gebracht werden. Die Haut über dem Aneurysma ist etwas gerötet. Dasselbe ist im Anschluſs an einen Schlag auf den Kopf entstanden (hat also eigentlich keinen ätiologischen Zusammenhang mit der kongenitalen Syphilis, welche der Patient aufwies. Ref.) *C. Berliner-Aachen.*

Komplikationen der Mitralstenose und die Rolle der hereditären Lues bei der Ätiologie derselben, von Labadie-Lavrage. (*Journ. d. Prat.* 1899. No. 29.) Der Verfasser beschreibt 3 Fälle von angeborener Mitralstenose bei jungen Mädchen, die alle drei noch anderweitige Zeichen von Degeneration aufwiesen, und zwar die eine Patientin Chlorose und starke Hypertrophie der Mammae, die zweite eine Hasenscharte, abnorme Gestalt des harten Gaumens und eine Exostose in der Mitte desselben, die dritte endlich infantilen Habitus, Skoliose, halbmondförmige Ausbuchtung der Schneidezähne und fehlerhafte Stellung der Zähne. Nach Ansicht des Verfassers ist in allen drei Fällen die vorhandene Entartung durch hereditäre Syphilis verursacht. Dystrophische Erscheinungen als Folge hereditärer Lues kommen auch am Herzen vor, es handelt sich dabei um parasyphilitische Veränderungen.

Götz - München.

Über einen Fall von tertiärer syphilitischer Epididymitis, von Victor Durand. (Quelle nicht angegeben.) Bei einem 25jährigen Patienten mit sonstigen Symptomen tertiärer Syphilis (Gummta) fand sich der Kopf des rechten Nebenhodens geschwollen. Auf Druck sehr geringe Schmerzempfindlichkeit. Samenstrang und Hoden intakt. Unter dem Einfluſs des „traitement mixte" rapides Verschwinden der Nebenhodenaffektion. *I. Bloch-Berlin.*

Syphilitischer Hydrocephalus, von Audéoud. (*Brit. med. Journ.* 14. Oktober 1899.) Verfasser unterscheidet beim hereditär-syphilitischen Hydrocephalus: 1. solche Fälle, wo der Hydrocephalus das einzige Zeichen der kongenitalen Lues ist; 2. Fälle, wo er auf spezifische cerebrale, durch ein verdicktes Ependym hervorgerufene Symptome folgt. Es ist von Wichtigkeit zu wissen, daſs Ausschlag und andere Zeichen kongenitaler Syphilis einige Wochen vor, gleichzeitig mit oder einige Zeit nach dem Auftreten des Hydrocephalus zum Vorschein kommen können. In diesem letzten

Falle ist er das erste Symptom der hereditären Syphilis und sein Erscheinen kann einen hinreichenden Grund dafür abgeben, das Kind durch keine andere Person als durch die Mutter säugen zu lassen. Die Krankheit kann einen akuten, subakuten oder chronischen Verlauf nehmen. Die meisten Fälle endigen letal. Verfasser berichtet über einen Fall, der einen günstigen Verlauf nahm, die Mutter hatte vor ihrer Verheiratung Syphilis acquiriert und gründliche Kuren dagegen durchgemacht. Ihr Ehemann war gesund. Sie gebar zur rechten Zeit ein Kind, das nach 3 Wochen Coryza, Schleimpapeln und ein Roseolenexanthem bekam. Im fünften Monate stellten sich die Erscheinungen eines Hydrocephalus ein. Nach einer spezifischen Behandlung mit Jodeisensyrup innerlich durch mehr als 3 Monate hindurch verminderte sich auffallend der Hydrocephalus und war innerhalb eines Jahres ganz verschwunden.

C. Berliner-Aachen.

Ein Fall von Lues galoppans (sic! Ref.) **mit schweren Knochenaffektionen**, von Kiessling. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1899. No. 35.) Der 27jährige Patient, der bereits mit 17 Jahren einen Bubo überstand, infizierte sich anfang Juli 1896 syphilitisch. 14 Tage später an der Vorhaut phagedänisches Geschwür. Anfang August neben vereiterndem Bubo pustulöses Exanthem auf dem Rumpfe und ulceröse Angina. Mitte September Affektion der Ellenbogen- und Handgelenke. Die Therapie (Sublimatbäder und Jodkalium) beseitigte alle Symptome, so dafs Patient am 6. Oktober 1896 aus der Klinik entlassen wurde. 18 Tage später fand er sich wieder ein. Jetzt war der ganze Körper mit rupiaförmigen Efflorescenzen bedeckt, auf den Mandeln zeigten sich tiefgreifende Geschwüre. Am Manubrium sterni und rechten Akromion bemerkte man periostale Auftreibungen. An letztere schlossen sich nach 3 Wochen ebensolche an beiden Tibien an. Februar 1897 Periostitis am rechten Stirnbeinhöcker, im März periostale Erkrankung einiger Metakarpal- und Metatarsalknochen, des linken Tuber frontale und beider Orbitalränder, im April neue Exostosen an den Schienbeinen und Knöcheln, im Mai an der rechten Fibula und den Gelenkteilen der Kniegelenke, daneben beständige Bildung von Rupiageschwüren auf der Haut, Zerstörung des unteren Teiles der Eichel durch geschwürige Prozesse. In dieser Form verläuft das Leiden weiter. Die Krankengeschichte meldet immer neue Auftreibungen an den verschiedenen Knochen der Extremitäten und des Schädels und Gesichtes. Im Februar 1898 Aufbruch eines Gumma der linken Ulna, im August gummöses Geschwür am rechten Scheitelbein. Herbst 1898 Gummata auf dem Stirnhöcker und der rechten Ulna, Dezember solche auf dem linken Schlüsselbein und in der Mitte der Stirn, Januar 1899 am linken Radius, dem Oberkiefer, dem linken Akromion. Vereinzeltes Auftreten von tuberösen und ulcerösen Hautsyphiliden. Im Dezember 1897 gummöse Prozesse an beiden Stimmbändern, Mai 1897 Gumma der Hodensubstanz. Während der ganzen Zeiten waren febrile Temperaturen vorhanden.

Die Therapie blieb ohne wesentlichen Einfluss. Jodkalium, Jodnatrium, Jodfett, Jodalbacid innerlich, Jodkaliumlösungen per Klysma, heifse Sublimatbäder, Schmierkuren, Kalomelinjektionen, Verbände mit Hg-pflastermull, heifse indifferente Bäder, Zittmannsches Dekokt, Arsen, Chinin, Spermin waren erfolglos. Jodkalium, bei dessen Gebrauch wenigstens die heftigen Schmerzen nachliefsen und einige Gummata zurückgingen, mufste immer wieder ausgesetzt werden, wegen der schweren Nebenwirkungen.

Der Patient bietet jetzt Erscheinungen einer schweren Kachexie dar. Die Milz ist vollkommen amyloid entartet, auch die Leber bereits in geringem Grade von der amyloiden Degeneration ergriffen. Profuse Diarrhoen weisen auf die gleiche Erkrankung des Darms hin. Ebenso sind Symptome von Nierenamyloid aufgetreten (Eiweifs, granulierte Cylinder). Alle anderen Organe sind normal, was Ver-

fasser als einen besonders auffallenden Umstand bezeichnet. Er ist der Ansicht, dafs die Ursache des malignen Verlaufes der Syphilis eine Mischinfektion sei, das Vorhandensein eines zweiten Mikroorganismus, der die Virulenz des Syphiliskeimes intra corpus steigere.

In diesem Falle hat Verfasser für die Diagnose der syphilitischen Veränderungen in Periost und Knochen ausgiebigen Gebrauch von der Röntgenphotographie gemacht.

I. Bloch-Berlin.

Trepanation in einem Falle von heftiger Cephalalgie syphilitischen Ursprungs, von Marin. (*Presse méd. belge.* No. 48. 1899.) Ein Syphilitiker begann 2 Jahre nach der luetischen Infektion an äufserst heftigen Kopfschmerzen zu leiden, die jeweilen im Beginne des Anfalles von dem nämlichen Punkte in der Scheitelgegend ausstrahlten. Die intensivste Jod-Hg-Behandlung blieb ohne Erfolg. In Anbetracht der genauen Lokalisation des Ausgangspunktes der Schmerzen schritt Verfasser zur Trepanation des Schädels an der betreffenden Stelle. Weder im Knochen noch an den Gehirnhäuten wurde jedoch etwas Abnormes konstatiert; dagegen hörten sofort nach dem chirurgischen Eingriffe die Schmerzen vollständig auf und kehrten erst volle $2^1/_2$ Jahre nach der Operation in derselben Intensität zurück, nachdem Verfasser den Fall bereits als definitiv geheilt vorgestellt hatte. Es frägt sich, ob mit einem noch maligen chirurgischen Eingriffe nicht dasselbe günstige Resultat erreicht werden würde.

C. Müller-Genf.

In der Société médicale des Hopitaux in Paris (*Journ. d. Praticiens.* 1899. No. 45) sprach Joffroy über die **Beziehungen der Syphilis zur allgemeinen Paralyse.** Joffroy bekennt sich zu der Ansicht, dafs die allgemeine Paralyse nicht als eine Affektion syphilitischer Natur betrachtet werden darf; die Syphilis ist nicht die Ursache der allgemeinen Paralyse, sondern ebenso wie der Alkoholismus, die Bleivergiftung ein für die Entstehung der Paralyse prädisponierendes Moment. Die allgemeine Paralyse ist die Folge einer geschwächten Vitalität der nervösen Centren: ihr wahre Ursache ist in der Heredität zu finden.

In der sich anschliefsenden Diskussion betonen Sérieux und Farnarier, dafs die Syphilis wohl die häufigste, aber durchaus nicht die einzige, spezifische Ursache der allgemeinen Paralyse ist. Für die Entwickelung derselben scheint hereditäre Belastung notwendig zu sein. Aufser der Syphilis können chemische, vegetabilische und mikrobische Gifte bei Prädisponierten allgemeine Paralyse verursachen; sie ist daher als paratoxische Affektion zu bezeichnen. — Du Castel hebt hervor, dafs die Syphilis nur dann allgemeine Paralyse hervorrufen kann, wenn noch eine andere die Wirkung der Lues unterstützende Ursache hinzutritt: das ist in erster Linie die geistige Überanstrengung; diese mufs daher bei Syphilitikern sorgfältig vermieden werden.

Göts-München.

Beiträge zur Pathologie der Gehirn- und Rückenmarksyphilis, von Struppler. (*Münch. med. Wochenschr.* 1899. No. 49 u. 50.) 1. Cysten im Gehirn syphilitischen Ursprungs. Die Hauptbedeutung bei der Entstehung syphilitischer Veränderungen im Gehirn wird von den meisten Autoren entweder der Schwere der Infektion oder dem Unterbleiben einer antiluetischen Behandlung oder dem Alter des Patienten beigemessen. Nach Ansicht des Verfassers müssen stets mehrere Faktoren zusammentreffen, um solche Veränderungen zu bewirken; wahrscheinlich spielen bei der Entstehung derselben anderweitige Momente, wie Alkoholismus, Ausschweifungen, körperliche und geistige Überanstrengung, Kopfverletzungen, Blut- und Gefäfserkrankungen, mangelhafte Ernährung etc. eine Rolle. — Der Verfasser beobachtete bei einem 19jährigen Mädchen 12—14 Monate post infectionem eine luetische Hemiplegie. 22 Monate nach Eintritt derselben ging die Patientin an einer Perforations-

peritonitis zu Grunde. Bei der Sektion fand sich im rechten Linsenkern, ein wenig in das hintere Drittel des rechten hinteren Schenkels der inneren Kapsel hineinreichend, eine kleine Cyste. Der Verfasser glaubt, daſs dieselbe durch ischämische Erweichung infolge ganz circumskripter Arteriitis syphilitica obliterans entstanden ist; die reparatorischen Wucherungen in der Neuroglia der Umgebung bewirkten die Einkapselung und Umwandlung des Herdes in eine Cyste. — Bei der Sektion eines Mannes, der wegen Lues ulcerosa gummosa in Behandlung gestanden war, fand der Verfasser eine Cyste in der rechten Capsula interna und Gummata am rechten Nucleus lentiformis und in der Capsula interna.

2. Über die spinale Syphilis. Bei einem Manne, bei dem die klinische Diagnose „Myelitis lumbalis traumatica, Meningitis lumbalis“ gestellt worden war, ergab die Sektion Pachymeningitis gummosa, Myelitis lumbalis. Makroskopisch fand sich hochgradige Verdickung des Lumbalteils der Dura spinalis mit Gumma- und ausgedehnter Schwielenbildung; die weichen Häute waren intakt. Auch die mikroskopische Untersuchung lieſs erkennen, daſs die Dura allein und primär erkrankt war (Verkäsung, Peri- und Endarteritis). Die vorhandene sekundäre Beteiligung des Rückenmarks in Form einer ausgedehnten breiigen Erweichung mit auf- und absteigender Degeneration war die Folge einer durch die Neubildung bewirkten Kompressionsmyelitis.

Göts-München.

Eine neue Methode der Quecksilbertherapie, von A. Blaschko. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1899. No. 46.) Verfasser hat seit zwei Jahren mit Erfolg die von Welander angegebene Methode der Hg-Behandlung durch Aufstreichen von grauer Salbe auf einen Flanelllappen, der Tag und Nacht auf der Brust getragen wird, angewendet. Indessen legte ihm die Unzweckmäſsigkeit des Verfahrens, alle 2—3 Tage auf den noch reichliche Salbenmengen zeigenden Lappen neue Salbe aufzuschmieren und so groſse Mengen des Medikamentes zu verschwenden, den Gedanken nahe, einen Stoff anders als mittelst der auch für den Patienten sehr schmutzigen grauen Salbe zu imprägnieren und ihn so lange auf der Brust tragen zu lassen, als noch Hg auf demselben verdampfe. Mit Hilfe der Firma P. Beiersdorf & Co. in Hamburg gelang es ihm, durch Imprägnierung eines gewöhnlichen Baumwollstoffes mit einer 90% Quecksilber enthaltenden Salbe einen überaus leicht verwendbaren Stoff herzustellen, dem der Name Mercolint beigelegt wurde und der sich als ein einfacher grauer Baumwollstoff ohne irgend eine sichtbare Spur des Quecksilbers oder der Salbe präsentiert. Aus diesem Stoffe werden Schurze hergestellt, die von den Patienten Tag und Nacht auf der Brust getragen werden. Der Mercolintschurz No. 1 enthält ca. 10 g Quecksilber und giebt bei 35° C. täglich etwa 20 cg Hg durch Verdunstung ab. In praxi ist die Abgabe noch etwas stärker, da schon nach etwa 4 Wochen der Schurz völlig weifs geworden ist, somit sein Hg ganz abgegeben hat. Der Mercolintschurz No. 2 enthält 25 g, No. 3 etwa 50 g Hg.

Von dem verdunstenden Quecksilber wird natürlich nur ein kleiner Bruchteil von dem Träger des Schurzes aufgenommen. Diese Aufnahme wird erwiesen durch das Auftreten von Hg im Urin, durch das sehr häufige Auftreten von Stomatitis und Speichelfluſs und durch die prompte Einwirkung auf den Syphilisprozeſs. In hartnäckigen Fällen allerdings steht die Wirksamkeit des Mercolint-Schurzes — wenigstens des allein vom Verfasser erprobten 10 g Hg enthaltenden — hinter der einer energischen Schmierkur zurück.

Verfasser folgert mit Recht aus den öfter beobachteten lokalen Einwirkungen des Mercolint-Schurzes, daſs das Quecksilber desselben auch durch die Haut aufgenommen, nicht bloſs durch Inhalation, so zwar, daſs es in Gasform durch die Haut hindurchdunstet.

Der Schurz wird Tag und Nacht getragen. Doch kann man ihn natürlich auch nur am Tage oder in der Nacht applizieren, muſs ihn aber dann in der Zwischenzeit in Wachspapier aufbewahren. Bei vollständiger Bettruhe ist die Wirkung eine stärkere.

Da der Schurz nur die Aufnahme mäſsiger Hg-Mengen ermöglicht, so ist er nicht indiziert, wenn man wegen ernster, gefahrdrohender Symptome eine schnelle und energische Hg-Wirkung erzielen will. Sein Wirkungsgebiet ist da, wo man einer milderen Hg-Wirkung bedarf, also bei allen leichteren Recidiven, zur Unterstützung der lokalen Behandlung, als Nachkur nach anderen Methoden, zu intermediären Kuren bei der Fournier-Neisserschen Methode, bei syphilitischer Anämie, bei Graviden, bei Säuglingen, sowie bei allen schwächlichen und heruntergekommenen Kranken, überhaupt bei allen Patienten, die eine leichtere, weniger auffällige Kur durchmachen sollen. Verfasser glaubt auch, daſs man nach einer stärkeren Kur durch monatelang fortgesetztes Tragen solcher Schurze das Auftreten weiterer Recidive verhüten und auf diese Weise eine periodisch wiederholte „Kur“ ganz ersparen könnte.

Der Preis des Mercolint-Schurzes ist ein mäſsiger (No. 1 Mk. 1.50; No. 2 Mk. 3.50; No. 3 Mk. 4.—). *I. Bloch-Berlin.*

Die Serumbehandlung der Syphilis, von Wewiorowski. (*Brit. med. Journ.* 14. Oktober 1899.) Der Verfasser gelangt auf Grund seiner Untersuchungen zu folgenden Schlüssen:

1. Das Serum von Patienten nach dem Verschwinden der sekundären Erscheinungen und ebenso von Patienten mit Gummata entnommen und Patienten mit früher Syphilis verordnet, vermehrt den Hämoglobingehalt des Blutes, die Zahl der roten Blutkörperchen und erhöht die Metamorphosis der meisten Blutkörperchen. Diese Veränderungen greifen Platz, bevor irgend welche äuſsere Erscheinungen zu sehen sind.

2. Nur das Serum syphilitischer Patienten zeigt diese Wirkung auf das Blut von Syphilitikern; das Serum gesunder Leute hat diese Wirkung nicht. Dieselbe ist auch unabhängig von der Behandlung, da sie beim Serum nicht behandelter Patienten in gleicher Weise sich äuſsert.

3. Die Wirkung ist eine stärkere, wenn das Serum während der vollen Blüte der sekundären Symptome, als wenn es schon vor dem Auftreten derselben eingegeben wird.

4. Die Wirkung ist dieselbe, ob das Serum von Patienten mit sekundären oder gummösen Manifestationen, behandelt oder nicht behandelt herrührt.

5. Der Verfasser hält die Wirkung des Serums für stärker als die des Quecksilbers. In 8 von 16 Fällen verschwanden die Symptome unter dem Gebrauch des Serums allein. (In welcher Zeit? Warum nicht auch in den übrigen Fällen? Ref.)

C. Berliner-Aachen.

Die Jodpräparate bei der Behandlung der Syphilis, von Blum. (*Brit. med. Journ.* 2. Sept. 1899.) Auf Grund seiner Untersuchungen mit Jodkalium und Jodalbacid glaubt Verfasser, daſs ersteres besonders dort indiziert sei, wo eine rapide Jodwirkung gewünscht werde, z. B. bei floriden, tertiären Eruptionen. Aber in allen Fällen, in denen eine protrahierte Jodbehandlung wünschenswert sei, wo gleichzeitig das ganze Quantum des verordneten Jods absorbiert und doch Jodismus vermieden werden soll, sei Jodalbacid am Platze, selbstverständlich auch in allen Fällen, wo Neigung zu Jodismus besteht. Sind die schweren, tertiären Erscheinungen mit Jodkalium verschwunden, so kann man die Behandlung mit Jodalbacid fortsetzen. Zwei bis drei Decigramm der Substanz in Kapseln können dreimal täglich zu diesem Zwecke eingenommen werden. *C. Berliner-Aachen.*

Zur hypodermalen Syphilisbehandlung, von MIBELLI. (*La Terapia Clinica.* 1899.) Als beste Spritze zur Vornahme der Kalomelinjektionen empfiehlt M. die ganz aus Glas verfertigte von Luer-Paris. Die in seiner Klinik zur Anwendung kommende Lösung ist in folgender Weise zusammengesetzt: Aqua destillata cocta 10,0, Gummi arab. 0,20, Calomel e vapore parat 1,00. *C. Müller-Genf.*

Über die Behandlung der Syphilis nach der WELANDERschen Methode, von WOLFSOHN. (*Wratsch.* 1899. No. 47 u. 48.) Verfasser hat an der LANGschen Klinik zu Wien 66 Patienten nach der WELANDERschen Salbensackmethode behandelt und ist mit dem therapeutischen Resultat zufrieden. Das makulöse Exanthem schwand im allgemeinen nach 17 und das papulöse Exanthem nach 23 Tagen. Nässende Papeln, wie sonstige hartnäckige Erscheinungen schwanden nach 30 Tagen. Unangenehme Nebenerscheinungen wie Stomatitis wurde in 10 Fällen und Diarrhoe in 3 Fällen beobachtet. *Arth. Jordan-Moskau.*

Behandlung der Syphilis mit Oleum bijodatum, von CASTAN-BÉZIERS. (*Indépendance méd.* 1899. No. 48.) Der Verfasser behandelt nach dem Vorgange seines Lehrers Professor CANAS die Syphilis stets und in jedem Stadium mit Injektionen von Oleum bijodatum, 0,004 pro Cubikcentimeter. Im Jahre 1899 umfaſst die Reihe der so behandelten Kranken die Zahl von 25 Fällen. Die Sklerosen waren nach 6—8 Injektionen, die Kondylome im Mund ohne lokale Behandlung nach 20 Injektionen abgeheilt. Stomatitis wurde in keinem Falle beobachtet. Der Verfasser fügt 4 Krankengeschichten bei. Die Injektionen wurden einen Tag um den andern vorgenommen und in das Gesäſs gegeben. Niemals wurden irgendwelche Beschwerden geklagt. (Der Verfasser lobt seine Methode als besonders schnellwirkend. Jedenfalls ist es keine schnelle Merkurwirkung, wenn Plaques muqueuses erst nach 20 Einspritzungen heilen. Man erreicht dies mit den alten Methoden unter gleichzeitiger Desinfektion des Mundes, welche zu unterlassen übrigens mit Rücksicht auf die Ansteckungsgefahr Dritten gegenüber nicht zur Nachahmung empfohlen werden kann, viel schneller. D. Ref.)
Hopf-Dresden.

Die Behandlung der Syphilis mit Merkuriol, von AHMANN. (*Hygiea.* LXI. Stockholm.) Die WELANDERsche Methode der Syphilisbehandlung hat den Nachteil, daſs durch das permanente Tragen des mit der fetten Hg-Salbe bestrichenen Lappens die Transpiration der bedeckten Hautpartie verhindert wird, der Schweiſs sammelt sich auf derselben an. Um diesen Nachteil zu vermeiden, verwendet der Verfasser an Stelle der Hg-Salbe Merkuriol, das ist eine Amalgamirung von Hg mit Lithium oder Aluminium oder Magnesium; dasselbe ist ein graues, leichtes, adhäsives Pulver, das 40% Hg in sehr feiner und gleichmäſsiger Verteilung enthält. Wenn Merkuriol der Wirkung der Luft und der Feuchtigkeit ausgesetzt wird, wie es beim Tragen auf der Brust der Fall ist, dann oxydieren sich die amalgamierten Metalle langsam, es wird Hg frei und verdampft. Von dem Merkuriol werden nun in der ersten Woche täglich, später jeden zweiten Tag 5 g in einer kleinen aus filzigem Stoffe bestehenden Tasche ausgebreitet, die Tasche wird permanent auf der Haut getragen. Mit den Resultaten dieser Methode ist der Verfasser bis jetzt sehr zufrieden; es wird ebensoviel oder mehr Quecksilber resorbiert wie bei den Einreibungen. Luetische Roseolen verschwinden an der mit der Merkurioltasche bedeckten Hautpartie schneller als an den nicht bedeckten Teilen. Die Haut wird durch das Merkuriol nicht gereizt.
Götz-München.

Die Behandlung ausgedehnter syphilitischer Geschwüre, von SOLARI-Marseille. (*Indépendance méd.* 1899. No. 48.) Empfehlung eines festen Merkurpflaster-

Druckverbandes, besonders mit dem zinnoberhaltigen Emplâtre de Vigo neben spezifischer Allgemeinbehandlung, analog dem gewöhnlichen Diachylonpflaster-Druckverband bei Ulcus cruris simplex, den der Verfasser als etwas Neues anzusehen scheint.

Hopf-Dresden.

Lokale Infektionskrankheiten.

a. *der Oberhaut.*

Über Psoriasis nach Impfung, von Carl Ahronheim. (Berlin, 1899. Inaug.-Dissert.) Der Verfasser hat selbst nach erfolgreicher Revaccination Psoriasis acquiriert und bespricht im Anschluſs an seinen eigenen drei weitere Fälle dieser Art aus der Litteratur. Dabei handelte es sich stets um Individuen, die vor der Impfung resp. Wiederimpfung keine Spur der Psoriasis gezeigt hatten; die Folgerung dürfte also wohl richtig sein, daſs die Impfung als Reizung gewirkt hat, wie ja besonders Köbner darauf hingewiesen hat, daſs Psoriasis nach anderen Reizen, wie Nadelstichen, Exkoriationen infolge von Reiten (Turnen nach des Referenten Beobachtung), nach einem Pferdebiſs und nach Tätowierung aufgetreten ist. Weitere Fälle sind angeführt von Heller (Psoriasis nach starkem Kratzen) und Biart (drei Fälle von Psoriasis nach Scharlach). Ahronheim geht nun auf die verschiedenen Theorien von der Ätiologie der Psoriasis ein; mit derjenigen von Köbner und Wutzdorf, welche als Ursache der Psoriasis die Eigentümlichkeit der Haut, auf äuſsere Reize hin unter Bildung der für Psoriasis charakteristischen Efflorescenzen zu reagieren, ist die Krankheit nur umschrieben, noch nicht aufgeklärt; eine Reihe von Autoren führen sie auf nervöse Störungen zurück (trophische Neurose), Lang hat eine parasitäre Grundlage angenommen. Fast allgemein anerkannt ist die Heredität. Übergehend auf die Ätiologie seines eigenen Falles, welcher insofern einzig dasteht, als er erst nach der zweiten Revaccination ausgebrochen ist, findet hier A. keine der aufgestellten Theorien bestätigt, in seiner ganzen Famile wäre weder eine Erkrankung an Psoriasis noch irgend ein Nervenleiden vorgekommen. Wäre eine angeborene Disposition vorhanden, so müſste schon nach der ersten Impfung oder Revaccination dieses Hautleiden aufgetreten sein. Eine erworbene Disposition ist jedoch für den vorliegenden Fall, wo nach dem ersten Auftreten wiederholt auf geringfügige äuſsere Veranlassung hin (Stoſs) ausgeprägte Psoriasisefflorescenzen auftraten, nicht zu leugnen. A. kommt daher zu dem Ergebnisse, daſs zwar ein gewisser Reiz nötig ist, um einen Ausbruch der Psoriasis auszulösen, daſs jedoch dabei noch ein wichtiges Moment mitspielt, welches noch der Aufklärung harrt. *Stern-München.*

Die Chronicität des Ekzems, von Leslie Roberts. (*Brit. med. Journ.* 18. März 1899.) Der Verfasser erörtert die Frage, inwieweit an der Chronicität des Ekzems die Patienten, inwieweit die behandelnden Ärzte schuld seien. Was letztere betrifft, so begingen viele den Fehler, die Ursache des Ekzems ausschlieſslich auf Veränderungen des Blutes zurückzuführen und unter Vernachlässigung der äuſseren Behandlung die Hautkrankheit lediglich mit inneren Mitteln bekämpfen zu wollen. Nach den Untersuchungen des Verfassers unterliegt es keinem Zweifel, daſs für die Chronicität an erster Stelle von auſsen her kontinuierlich einwirkende Reize verantwortlich zu machen sind. *C. Berliner-Aachen.*

Ekzem, behandelt mit X-Strahlen, von C. Th. Holland. (*Brit. med. Journ*, 29. April 1899.) Eine 19jährige Frau bekam im Anschluſs an eine Operation an der

linken Hand einen Ausschlag, der sich allmählich über den ganzen Handrücken und die Finger ausdehnte und gegenwärtig den Charakter eines chronischen Ekzems zeigt. Die Haut über den befallenen Teilen ist verdickt, schuppig, rissig. Da die bisherige Therapie erfolglos gewesen war, so wurde ein Versuch mit Röntgenstrahlen gemacht. In sieben Sitzungen, deren jede 15 Minuten dauerte, wurde die Hand den X-Strahlen exponiert. Die Behandlung begann am 7. Dezember 1898 und am 18. Februar 1899 war das Ekzem vollständig verschwunden. *C. Berliner-Aachen.*

Über Sensibilitätsstörungen beim neuropathischen Ekzem, von Arthur Schenk. (*Wien. med. Wochenschr.* 1899. No. 44.) Nach der üblichen Rekapitulation des über „neuropathische Ekzeme" Geschehenen berichtet Verfasser über Untersuchungen, die es bei den mit solchen behafteten Individuen angestellt hat, um etwaige Anomalien des Nervensystems festzustellen; dieselben erstrecken sich auf 25 Fälle, von denen zehn ausführlich mitgeteilt werden. Die Anschauungen des Verfassers gipfeln in folgendem: Das neuropathische Ekzem entsteht durch direkte Einwirkung auf die peripheren Nervenbahnen, durch Reflex oder auf psychischem Wege. Die Form ist meistens die papulöse. Es bestehen ästhesiometrische Störungen, die mit der Besserung des Patienten schwinden. Man findet Vergrößerung der Tastkreise, wie sie Verfasser tabellarisch wiedergiebt. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über Naftalanbehandlung des Ekzems, von Josef Mares. (*Prager med. Wochenschr.* 1899. No. 41.) Bei Ekzemen aller Art, aller Gegenden, sowohl akuter wie chronischer Natur, sah Verfasser nur gutes vom Naftalan, so daß er es fast als „spezifisches" Mittel bezeichnen möchte. Es wird 3—4mal täglich pur aufgetragen; Seifenbad nur nach Ablauf sämtlicher Entzündungserscheinungen.
Jessner-Königsberg i. Pr.

Ein Prinzip der Behandlung von infizierten Hautfollikeln, von Alfred Eddowes. (*Brit. med. Journ.* 21. Januar 1899.) Der Verfasser empfiehlt, nachdem er sich von den günstigen Erfolgen einer derartigen Behandlung überzeugt hat, bei Folliculitis der Haut, die mit schwacher Röte und starker Erweiterung der Follikelmündung einhergeht, auf jeden Follikel eine geringe Menge reiner flüssiger Karbolsäure zu applizieren. Dieselbe gelange durch Endosmose in die Tiefe und desinfiziere hier gewissermaßen die serös-eitrige Flüssigkeit. Je stärker die Erweiterung des Follikels und je dünner die in demselben enthaltene Flüssigkeit ist, desto besser sind die Aussichten auf Erfolg. *C. Berliner-Aachen.*

Scabies der Cornea, von Saemisch. (*Brit. med. Journ.* 11. März 1899. Aus *Klin. Monatsh. f. Augenheilkde.* Dezember 1898.) Der Verfasser berichtet über einen 19jährigen Arbeiter, der am linken Auge im Centrum der Cornea Keratitis und Gefäßerweiterung aufwies. Das Auge war seit zwei Monaten schmerzhaft. Die angewandten Mittel halfen nichts, bis eine genauere Untersuchung eine grauweiße Masse entdeckte, welche die Stelle der zentralen Infiltration in der Cornea einnahm. Es wurde ein Teil dieser Masse mit der Zange entfernt und mikroskopisch untersucht. Zur Überraschung des Verfassers wurde ein weiblicher Acarus scabiei mit acht Eiern in verschiedenen Stadien der Entwickelung vorgefunden. Unter Atropin und einem Druckverbande heilte die Cornea ab. Der Patient zeigte an anderen Stellen keinerlei Zeichen von Scabies. *C. Berliner-Aachen.*

Einige Bemerkungen über den Ringworm, von T. C. Fox und F. R. Blaxall. (*Brit. med. Journ.* 2. Dez. 1899.) Die Vortragenden demonstrieren und erklären Ab-

bildungen der verschiedenen Stadien durch verschiedene Pilze hervorgerufener Haarerkrankungen und schliefsen daran einige neue Beobachtungen über das Auftreten der Endothrixpilze bei Kerion Celsi.

Da die Untersuchungsergebnisse der Vortragenden hinsichtlich der Pluralität der Trichophytonpilze aus früheren Arbeiten bekannt sind, so begnügen wir uns, ihre neuen Beobachtungen hier kurz zu referieren.

Es wurden fünf Fälle von spontanem, typischen Kerion vergesellschaftet mit dem Endothrixpilz genau studiert. Nach gründlicher Untersuchung vieler Haare in jedem einzelnen Falle erwies sich der gefundene Pilz seinem Aussehen wie seinem Angriffsmodus nach mikroskopisch als identisch mit dem Endothrixpilz. Die Reinzüchtungen bekräftigten diesen Befund durch deutlich ausgesprochene, kraterförmige Kulturen.

Unter Kerion verstehen die Vortragenden nicht die gelegentlich einer Trichophytie durch die Medikamente oder durch Kratzen und Bürsten der Kopfhaut entstandene Folliculitis, sondern die scheinbar ganze spontane Produktion von Bezirken, tiefsitzender, konglomerierter Folliculitis, von Bezirken, die oft besät sind mit Pusteln und in Eiter förmlich schwimmen oder mit Krusten bedeckt sind. Dieser Zustand kann vermutlich auf den direkten Einfluſs des Ringwormpilzes oder auf die Anwesenheit begleitender pyogener Organismen zurückgeführt werden. In den vorliegenden Endothrixfällen konnten Pediculi als ursächliche Faktoren der tiefen und excessiven Entzündung abgeschlossen werden. Das Kerion muſste entweder auf den Endothrix selbst oder auf andere pyogene Mikroorganismen zurückgeführt werden.

Über die eigentliche Ursache des wahren Kerion sind die Untersuchungen noch nicht ausgeschlossen. — Sabouraud nimmt pyogene Eigenschaften gewisser Ektothrixpilze animalischen Ursprunges an und bekämpft die Idee, daſs das Kerion durch andere Pilzformen hervorgerufen werde. Die vorliegenden fünf Fälle müssen ihn eines anderen belehren. *C. Berliner-Aachen.*

Micrococcus intertriginis Rosenbach, von May Meyer. (*New York med. Journ.* 16. Dez. 1899.) M. gelang es, aus einem Falle von Erythema intertrigo ein Bakterium rein zu züchten, welches er nach seinem Lehrer Rosenbach, Professor in Würzburg, in obiger Weise benannte. Die Reinkultur gelang in Nährgelatine, Agar, Serum, Kartoffeln, Milch. Unter dem Mikroskop hat der Keim keine Sporen oder Geiſseln, er ist aerobisch. Die Färbung gelingt mit Methylenblau, Gentianaviolett und Fuchsin, die Entfärbung nach Gram nur teilweise. An Tieren, welche mit der Reinkultur geimpft worden sind, trat die Krankheit nach 48 Stunden auf und Reinkulturen aus diesen Impfversuchen zeigten wieder denselben Keim. Die Kokken wachsen am besten bei Körpertemperatur, werden bei 70° C. zerstört; das beste Antisepticum zur Tötung derselben ist Formaldehyd in ½%iger Lösung. Von einer Weiterübertragung des gefundenen Mikroorganismus auf den Menschen mit Auftreten des Erythema intertrigo besagt die vorliegende Arbeit, welche 18 Zeichnungen über die Kultur- und Bakterienformen enthält, nichts, trotzdem zweifelt Verfasser nicht an der Spezifität seines Micrococcus. *Stern-München.*

Epitheliom als Folge von Psoriasis und die Wahrscheinlichkeit von Arsenik als dessen Ursache, von M. B. Hertzell-Philadelphia. (*Americ. Journ. of the med. sciences.* Sept. 1899.) Der vorliegende Fall betraf eine 35jährige Frau, welche seit ihrem 14. Lebensjahre an Psoriasis gelitten und deshalb lange Zeit hindurch beträchtliche Dosen von Arsenik genommen hatte. An Handteller und Fuſssohlen traten nach Jahren ausgedehnte Verdickungen der Haut (Keratosis) auf und schlieſslich neben diesen tiefgehende Geschwürsprozesse, welche sich nach dem histologischen Befund

als Epitheliome (Hautcarcinome) erwiesen. An der linken Brust war eine ungleichmäfsig geformte, ovale Verdickung von circa Markstückgröfse (¼ Dollar), welche eben zu verschwären begann, und an der linken Scham ein höckeriger Tumor von der Ausdehnung einer kleinen Orange; letztere Metastase soll auch schliefslich den Tod der Patientin herbeigeführt haben. H. fand nun in der Litteratur weitere zehn Fälle, welche identisch mit dem vorliegenden waren: in allen langdauernde Psoriasis, bei allen, mit Ausnahme von dreien, ausgesprochene Keratosis als Folgeerscheinung (hühneraugenähnliche Exkrescenzen an Handteller und Fufssohlen), bei allen lang fortgesetzte Arsenikthérapie und schliefslich carcinomatöse Neubildung mit Ulceration. In 50% der Fälle war dieselbe multipel und, was ebenfalls bemerkenswert ist, in ebensolcher Proportion erschien das Carcinom vor dem 40. Lebensjahr, in einem Falle sogar im 25. Jahre. Dieser Umstand, in Gemeinschaft mit der Multiplicität, würde für das Carcinom als Begleiterscheinung der Psoriasis auf einen speziellen ätiologischen Faktor hinweisen. Keratosis der Fufssohlen war als Folge langdauernder Arsenikthérapie schon von einer Reihe glaubwürdiger Autoren, wie Hutchinson, Fox u. s. w., die das Mittel gegen die verschiedenartigsten Affektionen, wie Akne, Pemphigus, Epilepsie, Sarkom, Psoriasis, gegeben hatten, angeführt worden. Was nun den Zusammenhang zwischen Arsenik und Epitheliom betrifft, so giebt Stinson zwar zu, dafs bei der geringen Anzahl von Fällen ein endgültiger Schluſs noch gewagt sei, hält es aber für sehr wahrscheinlich, dafs bei diesen elf Fällen das Arsenik die bösartige Neubildung direkt verursacht habe. Von grofser Wichtigkeit wäre diese Theorie natürlich für die Pathogenese des Carcinoms im allgemeinen und es müfsten, wenn es feststeht, dafs die interne Darreichung von Arsenik im stande ist, ein Carcinom hervorzurufen, alle Theorien vom parasitären Ursprung dieser Krankheit entweder aufgegeben oder angenommen werden, dafs dieselbe von Ursachen der verschiedensten Art abhänge. *Stern-München.*

Pityriasis simplex des Gesichts und des Kopfes, von Besnier. (*Journ. d. Praticiens.* 1899. No. 40.) Zusammenstellung der verschiedenen bei der Behandlung der Pityriasis gebräuchlichen Medikamente. *Götz-München.*

Die „Mundfäule der Kinder" und ihre Beziehungen zur Maul- und Klauenseuche, von Pott. (*Münch. med. Wochenschr.* 1899. No. 30.) Der Autor fafst im Sinne der Laien unter „Mundfäule" alle während der ersten Zahnungsperiode auftretenden Stomatitiden, d. h. die katarrhalischen, ulcerösen und aphthösen Stomatitiden zusammen. Aus seinen zahlreichen Beobachtungen ergiebt sich, dafs die Mundfäule der Kinder im Winter ebenso häufig vorkommt wie im Sommer, ferner dafs die weitaus gröfste Zahl der aphthösen Stomatitiden mit der Zahnungsperiode der Kinder zusammenfällt (aber doch nicht zusammenhängt. Ref.). Wahrscheinlich spielen die durch die Reinigung des Mundes verursachten Lädierungen der Schleimhaut bei der Entstehung der Mundfäule eine wichtige Rolle. Die sporadisch auftretenden Fälle von Stomatitis ulcerosa und aphthosa stellen nach Ansicht des Verfassers eine primäre Lokalinfektion dar. Diese ist direkt von Mensch zu Mensch übertragbar; auch Autoinfektion durch die Finger, Auftreten von Aphthen an den Genitalien kommt vor. Die Stomatitis aphthosa kann aber auch Lokalsymptom einer vom Magendarmkanal ausgehenden Allgemeininfektion sein, die durch den Genufs roher oder nicht genügend gekochter Milch von an Maul- und Klauenseuche erkrankten Kühen verursacht wird. *Götz-München.*

Pemphigus des Mundes, Pharynx, Larynx aus der Haut, von J. S. Richards. (*Brit. med. Journ.* 21. Januar 1899.) Der Patient ist ein 62jähriger Mann mit einem

bullösen Ausschlag in der Mund- und Rachenhöhle und auf der Haut. Bemerkenswert ist, dafs die Affektion im Larynx begann und hier sechs Monate stationär blieb, ehe sie die Haut ergriff. Die ersten Symptome waren Rauhigkeit im Rachen, Husten und Appetitlosigkeit. Der Patient expektorierte ein blutig tingiertes schleimiges Sputum. Auf der Mundschleimhaut zeigten sich zahlreiche rote Stellen, die bei leichter Berührung bluteten. Nachdem eine Zeit lang Besserung eingetreten war, bekam der Patient vor wenigen Wochen einen Rückfall. *C. Berliner-Aachen.*

Pemphigus contagiosus, von N. G. Munro-Yokohama. (*Brit. med. Journ.* 29. April 1899.) Die Krankheit ist in Japan unter dem Namen „Tobi-hi" (springendes Feuer) bekannt, weil die Effloreszenzen so sehr oberflächlichen Brandwunden ähnlich sind. Charakterisiert ist der Pemphigus contagiosus durch das Auftreten einer Blase oder auch mehrerer, die entweder gleichzeitig oder nacheinander sich entwickeln, durch das Contagium von einer Hautstelle auf die andere, von einer Person auf die andere überspringen. Jeder Blase geht ein hyperämischer Fleck voran, der den Sitz des kommenden Bläschens andeutet und mit der Entwickelung des letzteren sich als ein dünner Hof oder umgebender Rand ausbreitet. Häufig ist das Erscheinen des hyperämischen Fleckens mit leichtem Jucken, Brennen, Stechen verbunden, Empfindungen, die erst mit dem Auftreten des Bläschens nachlassen, in einem späteren Stadium jedoch wieder stärker werden können. Jedes Bläschen oder jede Blase enthält eine klare Flüssigkeit mit einigen Zellen vom Stratum granulosum, Leukocyten und den von Manson als spezifischen Krankheitserreger beschriebenen Micrococcus. Dieser sogenannte Micrococcus vesicans, welcher die Neigung zeigt, Diplokokken zu bilden, ist vom Verfasser auf verschiedenen Nährböden reingezüchtet worden. — Überimpfungen ergaben ein positives Resultat. Die frühen Phasen der Affektion sind dem Aussehen nach identisch mit Kaposis Pemphigus vulgaris benignus, während die späteren Stadien alle morphologischen Charaktere des Pemphigus exfoliativus aufweisen ohne dessen konstitutionelle Allgemeinerscheinungen, wenngleich solche in vereinzelten Fällen auch beim Pemphigus contagiosus beobachtet worden sind. Mit denselben scheint der Pemphigus acutus infantum der Europäer identisch zu sein. — Trotz mancher Ähnlichkeit mit der Impetigo contagiosa ist der Pemghigus contagiosus nach der Ansicht des Verfassers dennoch von jener wohl zu unterscheiden. Der Pemphigus contagiosus beginnt nicht mit einer Fieberattacke, zeigt nicht unterschiedslos einen eitrigen Charakter, ist häufiger auf die Beine und den Stamm, als auf das Gesicht und die Kopfhaut beschränkt. Die Schuppen oder besser Exfoliationen sind viel weniger von eingetrocknetem Eiter als von abgestofsenem Epithel gebildet. Die Exfoliation kann sich durch Wochen hinziehen. Endlich kann die unterschiedslose Anwesenheit der Mikrokokken in dem Inhalte der Blasen zur Unterscheidung beider Affektionen dienen. Die Behandlung ist hauptsächlich eine lokale; Waschungen der umgebenden Haut mit Sublimatseife, mit Sublimat- oder Ichthyolkompressen, Applikation einer Salbe von weifsem Präcipität und Naphtol, von Dermatol- oder Borsäurepuder bei Kindern, Verordnung von Tonicis beendigen die Krankheit in 8—10 Tagen. *C. Berliner-Aachen.*

Pemphigus chronicus vulgaris von Kehlkopf und Mund, von J. H. Bryan-Washington. (*New York med. Journ.* 25. Nov. 1899.) Es handelt sich um einen der seltenen Fälle, wo der Pemphigus nur die Schleimhaut befällt und wovon Br. für Amerika nur ein bis zwei weitere Beispiele in der Litteratur finden konnte. Die Affektion war dadurch charakterisiert, dafs bei der Patientin verschiedene Male innerhalb von sechs Monaten unter einem stechenden Gefühle an einem und später an dem anderen Stimmbande eine weifsliche Membran, ferner auch am Zahnfleisch solche auf-

traten. Die Bildung einer Blase konnte Br. niemals beobachten und er hält die beschriebenen milchweifsen Membranen für die Überreste geplatzter Blasen. Die Differentialdiagnose ist auf diese Weise eine aufserordentlich schwierige, besonders von Diphtherie, Tuberkulose, Syphilis, Herpes des Larynx und schliefslich den ätzenden Wirkungen von Säuren oder Laugen; nach des Referenten Ansicht hat der Beschreibung nach vorliegende Affektion eine auffallende Ähnlichkeit mit der Pharyngomycosis leptothricia. Mikroskopische und bakteriologische Untersuchungen, welche Br. machte, waren völlig negativ. Lokale Applikationen waren ohne jeden Effekt; wie in allen Fällen von Pemphigus so wirkte auch hier As in Form der Fowlerschen Lösung sehr günstig, so dafs bei Patienten bereits seit zwei Monaten weder im Kehlkopf noch im Mund die Affektion wieder erschienen ist. Auch von einem später auftretenden Pemphigus der Haut berichtet Br. nichts. *Stern-München.*

Histologische Untersuchung eines Falles von Acne cornea, von Giovannini. (*Gazzetta medica di Torino.* 1899. No. 41.) Verfasser beschreibt einen Fall dieser Affektion bei einem elfjährigen Mädchen. Der Sitz der Läsion lag hauptsächlich am Halse, wo es stellenweise durch Konfluenz der einzelnen Efflorescenzen zu grofsen Plaques gekommen war. Die histologische Untersuchung eines Stückchen Hautes ergab, dafs die Talgdrüsen ganz ähnliche Veränderungen zeigten, wie man sie nach der elektrolytischen Epilation beobachtet, d. h. sie waren atrophiert, ihre Kavität war reduziert und mit Zellen austapeziert, welche mit denen des Stratum Malpighii identisch waren. Verfasser fragt sich deshalb, ob die Acne cornea nicht als eine besondere Form von Atrophie der Talgdrüsen aufzufassen sei. *C. Müller-Genf.*

Jodkalium bei der Behandlung der Akne, von Leviseur. (*Med. Record.* 11. Nov. 1899.) So paradox es klingt, hat Verfasser doch in 50 Fällen gute Erfolge von der innerlichen Darreichung des Jodkaliums in kleinen Dosen (0,3 dreimal täglich) bei der Behandlung der Akne gesehen; er giebt das Mittel in Milch nach der Mahlzeit. Das Jodkalium verursacht zunächst eine vermehrte Rötung und Schwellung der vorhandenen Pusteln und Infiltrationen, auch treten einzelne Jodpusteln auf, dann aber macht sich bald erhebliche Besserung bemerkbar, zumal wenn man äufserlich milde Schwefel- und Ichthyolpräparate anwendet. *F. Hahn-Bremen.*

b. *der Cutis.*

Experimentelle Erzeugung des weichen Schankers beim Affen, von Nicolle-Rouen. (*Presse méd.* 4. Nov. 1899.) Dem Verfasser ist es gelungen, das Ulcus molle vom Menschen auf eine Affenart (Semnopithèque) und von dem Affen auf zwei weitere Affen experimentell zu übertragen. Die schankröse Natur des primären Vulvärgeschwürs, sowie der Impfschanker bei den drei Tieren wurde durch den Nachweis des Ducrey-Unnaschen Streptobacillus festgestellt. Der ersterwähnte Affe zeigte im ganzen neun Ulcera mollia, von denen er sich drei durch Übertragung beim Kratzen mit den Krallen autoinokuliert hatte. Die beiden anderen Affen, welche anderen Arten angehörten, zeigten sich zwar gegen das Schankergift nicht refraktär, doch die bei ihnen hervorgerufenen Geschwüre wiesen, obwohl der Nachweis der Streptobazillen in beiden Fällen gelang, nicht die typischen klinischen Symptome des Ulcus molle voll auf. In den Fällen der letzten beiden Affen wurde der Impfstoff nicht dem primären Ulcus der weiblichen Vulva entnommen, sondern den Impfschankern des ersten Tieres.
Hopf-Dresden.

Periphere Neuritis im Anschlufs an das weiche, venerische Geschwür, von C. B. Maitland. (*Brit. med. Journ.* 4. Febr. 1899.) Der Verfasser behandelte im

Jahre 1888 einen jungen englischen Offizier mit einem phagedänischen Geschwür am Penis. Syphilis hatte der Patient nicht durchgemacht und zeigte auch jetzt keine. Das Geschwür heilte unter lokaler Behandlung ab, aber drei Monate später war der Offizier wegen seiner multiplen, peripheren Neuritis ein hülfloser Krüppel. Er genas nach einiger Zeit vollständig, ohne dafs sich jemals syphilitische Symptome gezeigt hätten.

Im Jahre 1895 bekam der Verfasser acht junge Kavalleristen, die sich, wie es scheint, bei einem und demselben Weibe infiziert hatten, wegen Penisgeschwür in Behandlung. Alle klagten über „rheumatische" Schmerzen und Schwäche in den Beinen und mufsten noch mehrere Wochen, nachdem die Geschwüre abgeheilt waren, im Hospital zubringen. Verfasser berichtet noch über zwei andere Fälle. Von den elf Fällen hatte keiner Syphilis gehabt, keiner erkrankte später an der peripheren Neuritis als innerhalb der ersten fünf Monate nach dem Auftreten der Geschwüre.

C. Berliner-Aachen.

Über neuere Therapie der Genitalgeschwüre, von A. Isaak. (*Zeitschr. f. prakt. Ärzte.* 1899. Bd. 8. Heft 8.) Verfasser empfiehlt zur Behandlung der Genitalgeschwüre das Itrol als ein Mittel von starker baktericider Kraft, von „Fern- oder Tiefenwirkung" und von „Dauerwirkung". Da es in den Gewebssäften sich löst, so hat „das zur Folge, dafs ganz allmählich ein Vordringen des keimtötenden Agens in die Gewebszellen stattfindet und so die pathogenen Mikroorganismen bis in ihre entlegensten Ansiedelungsstätten aufgesucht und vernichtet werden können." (!) Auch scheint die Itrolbehandlung der weichen Schanker eine wirksame Prophylaxe gegen die so unangenehmen Sekundärinfektionen der Leistendrüsen darzustellen.

I. Bloch-Berlin.

Über die Wirkung des Menstrualblutes auf Ulcera mollia, von Petersen. (*Petersb. med. Wochenschr.* 1899. No. 32.) Verfasser beobachtete, dafs die Ulcera mollia bei Frauen regelmäfsig nach Ablauf der Menses bedeutend reiner und besser aussahen als vorher, und zwar nur die, welche mit dem Menstrualblut in direkte Berührung kamen. Daraus schliefst er, dafs das Menstrualblut als solches eine günstige Wirkung auf das Ulcus molle ausübt.

I. Bloch-Berlin.

Zwei Fälle von phagedänischem Schanker mit tötlichem Ausgange, von W. G. Spencer. (*Brit. med. Journ.* 21. Oktbr. 1899.) Der eine Fall betraf einen 61-jährigen Mann, der sich schon wiederholentlich angesteckt hatte, jedoch keine Zeichen von vorhandener oder abgelaufener Syphilis darbot. Vor einer Woche etwa hatte er sich frisch infiziert. Auf dem Dorsum penis hatte sich ein Geschwür entwickelt, das bald einen gangränösen Charakter annahm und sich rapide ausbreitete. Als Verfasser den Patienten zum ersten Male sah, hatte die Gangrän das ganze Dorsum penis, das Scrotum, teilweise auch das Perineum und den After ergriffen. Die Geschwürsfläche verbreitete einen penetranten Geruch, der Patient war schwer krank und delirierte. Unter verschiedenen chirurgischen Eingriffen und strenger Antisepsis besserte sich der Zustand und das Allgemeinbefinden des Patienten. Aber infolge einer interkurrenten Broncho-Pneumonie trat 14 Tage nach Beginn der Erkrankung der Tod ein. — Der zweite Fall betraf eine 35jährige Frau.

C. Berliner-Aachen.

Über einen Fall von recidivierender Osteomyelitis centralis des Radius nach Furunkeln im Nacken, von Siegmund Auerbach. (*Centralbl. f. Chir.* 1900. No. 3.) Ein an Nackenfurunkeln leidender Patient bekam unter mäfsigen Fiebererscheinungen eine etwas schmerzhafte, diffuse Schwellung am proximalen Ende des Radius. Dieselbe ging aber allmählich zurück, so dafs Patient geheilt schien, wenn

er auch zeitweilig etwas Beschwerden hatte. Erst nach vier Monaten nahmen diese gleichzeitig mit der Schwellung wieder zu. Die Diagnose auf Osteomyelitis wurde durch die Röntgenbeleuchtung bestätigt. Der Herd wurde chirurgisch eröffnet; es trat völlige Heilung ein. — Verfasser nimmt an, dafs es sich hier um eine Metastase von den Furunkeln her handelt. Bemerkenswert ist die geringe Temperaturerhöhung und das lange Zwischenstadium scheinbarer Genesung. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über den Erreger der Gasphlegmone, von Fraenkel. (*Münch. med. Wochenschr.* 1899. No. 42 u. 43.) Bakteriologische Studie über den Bacillus phlegmonis emphysematosae, den der Verfasser schon im Jahre 1893 als den Erreger der Gasphlegmone bezeichnet hatte. Die Eigenschaften, welche zur Unterscheidung dieses Bacillus von anderen pathogenen Anaëroben verwertbar sind und ihn diesen gegenüber scharf charakterisieren, sind: 1. die absolute Unbeweglichkeit, 2. die inkonstante und nur ausnahmsweise unter uns noch unbekannten Bedingungen erfolgende Sporenbildung, 3. die Fähigkeit, nach subcutaner Übertragung auf Meerschweinchen und Sperlinge progrediente, gashaltige, mit zunderartigem Zerfall von Gewebe, sowie freier Ansammlung von Flüssigkeit einhergehende Krankheitsprozesse zu erzeugen und bei subcutaner, bezw. intravenöser Übertragung auf Kaninchen und Meerschweinchen und Tötung der Tiere kurze Zeit nach der Infektion die Bildung von Gas im Unterhautzellgewebe, bezw. in inneren Organen zu veranlassen. Das ektogene Vorkommen dieses Bazillen wurde in der letzten Zeit in einwandfreier Weise nachgewiesen, vom Verfasser in einem Holzsplitter, von Lindenthal und Hitschmann in der Erde. Was die Ätiologie der Gasphlegmone betrifft, so scheint auch der Bacillus des malignen Odems bisweilen analoge Prozesse herbeiführen zu können. Dagegen mufs die ätiologische Bedeutung des in einzelnen wenigen Fällen von sogenannter Gasphlegmone gefundenen Bacterium coli, bezw. Proteus Hauser vorläufig wenigstens als zweifelhaft betrachtet werden. *Götz-München.*

Pustula maligna, von G. H. Temple. (*Brit. med. Journ.* 30. Dezbr. 1899.) Am 4. Juni 1899 wurde der Verfasser zu einem 17jährigen Mädchen gerufen, das an Oedema glottidis litt. Er fand die Patientin im Sterben. Am Mundwinkel zeigte sie eine Pustel, die Wange war gerötet und geschwollen, das Gesicht im allgemeinen cyanotisch. Vor 8 Tagen hatte die Patientin einen Tag auf dem Lande zugebracht, jedoch mit Tieren nicht hantiert. Drei Tage später entwickelte sich eine Pustel, die sich rapid verschlimmerte und 5 Tage seit Beginn der Erkrankung den Tod des Mädchens herbeiführte.

Die mikroskopische Untersuchung der Pustel ergab keine Milzbrandbazillen.

Durch genaues Nachforschen im Dorfe wurde in Erfahrung gebracht, dafs nicht weniger als 5 Tiere 2 Tage vor der Ankunft jenes Mädchens unter verdächtigen Umständen gestorben und das tote Fleisch den Hunden vorgeworfen worden war. Man ging den Spuren weiter nach und konnte schliefslich mikroskopisch und bakteriologisch Milzbrandbazillen im Fleisch der gestorbenen Tiere nachweisen.

C. Berliner-Aachen.

Über einige neue Resultate mit der spezifischen Serotherapie der Pustula maligna und über die endovenösen Injektionen von Sublimat beim Milzbrand des Kaninchens, von A. Sclavo. (*Lo Sperimentale.* IV. 1899.) Die Experimente des Verfassers mit seinen endovenösen Injektionen von Sublimat — 0,001 : 1 ccm — bei Kaninchen, welche künstlich mit Milzbrand infiziert worden waren, fielen vollständig negativ aus. Dagegen vermochte er in gleicher Weise vorbehandelte Tiere durch Injektion von Milzbrandserum in die Venen am Leben zu erhalten. Nach diesen un-

günstigen Erfolgen mit dem Sublimat bei Tieren rät er vollständig davon ab, solches beim Menschen anzuwenden. *C. Müller-Genf.*

Zur Dermatomyositis, von H. Oppenheim. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1899. No. 37.) Der 8jährige Patient war bis zum September 1898 gesund. Damals traten Schmerzen im Rücken und in den Gliedmafsen auf, die bald sehr heftig wurden und zu einer wachsenden Erschwerung der Beweglichkeit führten. Bald darauf fielen auch Veränderungen an der Haut und den Weichteilen auf, einerseits eine Röte im Gesicht, besonders der Lid- und Wangengegend, und an den Händen, andererseits Odeme an denselben Teilen, sowie an den Oberschenkeln, in der Leisten- und Adduktorengegend. Ferner klagte der Patient über Brennen und Schmerzen im Munde und Rachen, namentlich beim Schlucken. Einigemale wurde auch eine beträchtliche Temperatursteigerung nachgewiesen. Ätiologisch kommt nach Verfasser wohl am meisten die feuchte Kellerwohnung, in der der Knabe lebte, in Betracht.

Die Erscheinungen des Leidens betreffen die Muskulatur, die Haut, Schleimhäute und das Unterhautgewebe.

Neben Parese und Atrophie der Muskeln der Extremitäten und des Rumpfes ist besonders die enorme Druckschmerzhaftigkeit der Muskeln charakteristisch. An einzelnen Stellen derselben fühlt man ferner derbe, straffe, sehnige Gebilde statt der normalen Muskelsubstanz.

Was nun die Haut betrifft, so fällt die erythematöse Röte des Gesichtes auf, die am stärksten in der Lidgegend entwickelt ist, wo sich ein leichtes Ödem findet. Rötung und Schwellung finden sich auch am Handrücken. Aufserdem fallen hier, namentlich über den Metacarpophalangeal- und Interphalangealgelenken, rundliche, wie Narben aussehende, blasse, atrophische Hautpartien auf, die nach der Rückbildung eines dort bestehenden Ödems hervorgetreten sind. Ähnliche Flecken finden sich auch an einzelnen Stellen des Rumpfes und Oberarms. An den Ohren ist die Haut bläulich-rot, schilfert etwas ab und ist so dünn, dafs die Venen mit einer überraschenden Deutlichkeit sich abzeichnen. Die Schleimhäute der Wangen, des harten und weichen Gaumens und der Zunge sind intensiv gerötet. Der Zahnfleischsaum ist purpurrot.

Das Leiden ist eine typische Dermatomyositis (Unverricht), die man wegen der Ähnlichkeit mit Trichinosis auch Pseudotrichinosis genannt hat.

In einem zweiten Falle, den Verfasser beobachtete, kam es auf der Haut und den Schleimhäuten sogar zur Geschwürsbildung, und der 50jährige Patient ging später unter Erscheinungen von seiten des Herzens zu Grunde.

Mikroskopisch wies Verfasser im ersten starke, zellige Infiltration des Muskelgewebes und Verbreiterung des Perimysium internum nach. *I. Bloch-Berlin.*

Ulcerative Stomatitis, von Guizzetti. (*Brit. med. Journ.* 24. Juni 1899.) Der Verfasser hat drei Fälle von ulcerativer Stomatitis, von denen zwei einen letalen Verlauf nahmen, histologisch und bakteriologisch untersucht und hierbei eine auffallende Ähnlichkeit mit Noma gefunden. Der Hauptunterschied zwischen beiden Affektionen liegt in der Ausdehnung des Krankheitsprozesses und in der Anwesenheit von Spirillen. Beide Krankheiten unterscheiden sich von anderen gangränösen Ulcerationen durch die Demarkationslinie, welche das lebende Gewebe nahe berührt und durch die Lage lebenden Gewebes, welches unmittelbar den nekrotischen Bezirk umgiebt. — Was die pathogene Wirkung der Spirillen betrifft, so hält Verfasser dieselbe für noch nicht erwiesen. Frühwalds Bacillus ist nicht die Ursache der Krankheit. *C. Berliner-Aachen.*

Die diphteroide impetiginöse Stomatitis im Kindesalter, von DEGUY. (*Journ. d. Praticiens.* 1899. No. 31.) Die impetiginöse Stomatitis stellt entweder eine Teilerscheinung einer bestehenden allgemeinen Impetigo oder (in 50% der Fälle) eine primäre Impetigo der Mundschleimhaut dar. Sie kann wahrscheinlich durch mehrere Arten von pyogenen Mikrobien hervorgerufen werden, und zwar in erster Linie durch Staphylococcus aureus, dann aber auch Streptococcus pyogenes. Die Affektion ist kontagiös; sie tritt häufig im Gefolge schwerer, den Organismus schwächender Allgemeinerkrankungen auf. Die impetiginöse Stomatitis ist charakterisiert durch die Bildung kleiner matter Flecken auf der Schleimhaut der Lippen, auf dem Zungenrücken und den Zungenrändern; die Flecken, die alle zu gleicher Zeit auftreten, werden im Verlaufe prominent, weifsgrau und glänzend oder wachsartiggelb; sie haften der Schleimhaut fest an und bluten leicht; infolgedessen bilden sich bald Krusten und Fissuren, die bei jeder Bewegung Schmerzen verursachen und die Nahrungsaufnahme erschweren. In manchen Fällen besteht Foetor ex ore, Schwellung der Submaxillardrüsen und leichtes Fieber; die Salivation ist stets vermehrt. Die Prognose ist gut, die Affektion heilt in 8—14 Tagen ab. Differentialdiagnostisch kommen in Betracht Aphthen, die Stomatitis ulcero-membranosa, Diphtherie, dann Herpes und geschwüriger Zerfall der Lippen, wie er nach schweren Allgemeinerkrankungen vorkommt. Die Therapie besteht in antiseptischen Mundspülungen und Aufstreuen von Jodoform. *Götz-München.*

Beitrag zur Kenntnis des Pemphigus vegetans, von NEUMANN. (*Wien. klin. Rundsch.* 1900. No. 1.) Das vom Verfasser geschilderte Krankheitsbild ist allgemein anerkannt worden. Wesentlich neues ist über dasselbe seitdem demselben nicht hinzugefügt worden. Verfasser betont, dafs, obwohl Fälle beobachtet sind, in denen das Leiden monatelange bis jahrelange Stillstände zeigte und geheilt schien, dennoch die von ihm betonte schlechte Diagnose im allgemeinen noch heute ihre volle Berechtigung habe. Die meisten Kranken gehen in wenigen Monaten zu Grunde. Ätiologisch sind unsere Forschungen nicht weiter gekommen. — Betont mufs werden, dafs nicht jeder Fall, bei dem vom Grunde einer geplatzten Pemphigusblase sich hier und da Wucherungen entwickeln, gleich zum Pemphigus vegetans zu zählen ist. — Die Bezeichnung „Erythema bullosum vegetans" ist unberechtigt, da Verfasser niemals die von C. MÜLLER und UNNA geschilderten Erytheme gesehen hat. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Zur Ätiologie des Boubas, von MAJOCCHI und BOSELLINI. (*Bollet. d. Scienze med.* 1899.) Die vorliegende Arbeit dient zur Vervollständigung der Untersuchungen von BREDA über den spezifischen Mikroorganismus des Boubas, des brasilianischen Geschwürs. Die Verfasser haben im Granulationsgewebe der Geschwüre einen Bacillus in Reinkultur gezüchtet, der eine Länge von 0,5—2 μ und eine Breite von 0,03 μ aufweist, meist gerade, zuweilen aber auch leicht gekrümmt ist. Nicht selten weist er in seiner centralen Partie eine Vakuole auf, steht aber bald vereinzelt, bald zu zweien vereint. Er liegt ziemlich tief im Granulationsgewebe, und zwar bald in den Lymphräumen, bald in den Blutgefäfsen, und zwar sowohl in deren Lumen als in den Wandungen. Dieser Bacillus Boubas läfst sich am schönsten auf Mannit-Agar züchten und erzeugt, Menschen und Kaninchen inokuliert, Läsionen, welche klinisch und anatomisch mit denen der Boubas ziemlich genau übereinstimmen.

C. Müller-Genf.

Zwei Fälle von Erysipel, die mit Antistreptokokkenserum behandelt wurden, von MURREL. (*Lancet.* 24. Juni 1899.) Im Westminster Hospital wird Antistreptokokkenserum ausgiebig verwendet. Zum Beweise der guten und unschädlichen

Wirkung dieses Serums bringt Verfasser zwei Krankengeschichten von Patienten, die an Gesichtsrose litten. Die Erkrankung hatte sich rasch ausgebreitet und ging mit schweren Allgemeinsymptomen einher. Auf die Einspritzung des Serums erfolgte rascher Fieberabfall, Besserung des Allgemeinbefindens und Heilung. *F. Hahn-Bremen.*

Erysipel des Gesichts bei einem Neger, von Prat-Lyon. (*Gaz. hebd. de méd. et de Chir.* 9. Nov. 1899.) Bericht über einen Fall von Gesichtserysipel bei einem Senegalneger. Verlauf und klinische Erscheinungen wie beim Europäer. Doch zeigt die geschwollene Hautpartie statt der bei jenen üblichen Röte blässere Färbung als in der Umgebung. Die Beobachtungen von Erysipelen bei Negern sind selten. *Hopf-Dresden.*

Quecksilbersalbe bei Erysipel, von Dematteis. (*Brit. med. Journ.* 23. Dezember 1899.) Der Verfasser hat acht Fälle von Erysipel mit Merkurialsalbe allein oder vermischt mit Vaselin mit so gutem Erfolge behandelt, dafs er diese Methode auf das wärmste empfehlen kann. Er fand sie wertvoll nicht nur in mehr oder weniger stationären Fällen, sondern auch in Fällen von Erysipelas migrans. Sogar bei gangränösem Erysipel wird ein Weiterschreiten des Prozesses durch Anwendung der Quecksilbersalbe gehemmt. Verfasser führt diese guten Resultate auf die baktericide Wirkung des Quecksilbers zurück. *C. Berliner-Aachen.*

Elephantiasis eines Beines, von Duckworth. (*Brit. med. Journ.* 21. Jan. 1899.) Das 20jährige Mädchen erkrankte vor drei Jahren mit vorübergehenden Attacken von Schwellung des linken Beines, denen dann eine permanente Vergröfserung desselben folgte. Das Bein ist bis zu der Leiste hinauf vergröfsert, fühlt sich kalt und hart an und hinterläfst auf Druck keine Vertiefungen. Massage, Elektrizität und eine kräftige, ausgiebige Kost haben eine wesentliche Besserung herbeigeführt, doch übersteigt der Umfang des linken noch bei weitem denjenigen des rechten Beines. Hinsichtlich der Ursache liefs sich nichts Bestimmtes eruieren. Das Blut zeigte keine bemerkenswerte Veränderung. Filaria fand sich nicht vor, ebenso kein Anzeichen von venöser Stase. Analoge Fälle wurden bei anämischen Mädchen beobachtet, die unter roborierenden Mitteln und hygienischen Mafsnahmen vollständig gesund wurden. *C. Berliner-Aachen.*

Beitrag zur chirurgischen Behandlung der Elephantiasis, von Stern. (*Münch. med. Wochenschr.* 1899. No. 41.) Mitteilung zweier Krankengeschichten. In dem einen Falle handelte es sich um Elephantiasis der Genitalien; die Operation, die in Entfernung der vorderen Hälfte des Hodensacks und eines grofsen Teils der Haut des Penis bestand, hatte sehr guten Erfolg. In einem zweiten Falle wurde wegen Elephantiasis des Fufses die supramalleoläre Amputation gemacht. *Götz-München.*

Verschiedenes.

Der Fall Neisser, von v. Düring-Pascha. (*Münch. med. Wochenschr.* 1899. No. 25.) Nachdem schon vor einem Jahre durch v. Pappenheim im preußischen Abgeordnetenhause und jetzt wieder im Reichstag ein Sturm der Entrüstung gegen Neisser angeführt worden war, der es „gewagt" hatte, Versuche zur Immunisierung gegen Syphilis mittelst eines von Syphilitischen gewonnenen Serums zu machen, ist es von Interesse, über v. Dürings Arbeit zu berichten, der schon gleich sich voll und ganz auf Neissers Standpunkt gestellt hatte. Nach drei Richtungen hin prüft er die Arbeit Neissers, um klarzulegen, daß irgend ein Verschulden Neisser nicht trifft und daß ein „Verbrechen" ihm nicht nachzuweisen ist, und zwar 1. in welcher Absicht hat Neisser die in Frage stehenden Experimente gemacht? 2. ist es möglich oder wahrscheinlich, daß die Syphilis durch die Neisserschen Injektionen übertragen wurde? 3. kann man Neisser irgend welchen „Dolus" nachweisen, daß er an die Möglichkeit irgend welcher Gefahr geglaubt habe oder habe glauben müssen? — Fragen 1 und 3 können wir aus dem Bereich unserer Betrachtungen in diesem Referat lassen, da ihre Beantwortung klärlich ein für Neisser absolut günstiges Resultat giebt; von Interesse ist die Beantwortung der Frage 2, über die Neisser sich selbst in einer retrospektiven Autokritik seiner Arbeit ein wenig skeptisch ausgelassen hatte und die auch in einer anonymen Kritik in der *„Semaine médicale"* abfällig beurteilt wird. v. Düring weist aber ganz klar nach, daß die Injektionen für die bei drei Patientinnen auftretenden luetischen Symptome durchaus nicht verantwortlich gemacht werden können. Hoffentlich ist diese Ansicht des geschätzten Verfassers in Fachkreisen ebenso sehr verbreitet und zur Überzeugung geworden, wie wir selbst uns gern ihr anschließen. *F. Hahn-Bremen.*

Über den Nachweis von Arsen auf biologischem Wege in den Hautschuppen, Haaren, Schweiß und Urin, von W. Scholtz. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1899. No. 42.) Nachdem vermittelst des Marshschen Apparates der Versuch, in den Hautschuppen von zwei Psoriatikern, die mit Arsen behandelt wurden, dieses letztere nachzuweisen, mißlungen war, untersuchte Verfasser dieselben Schuppen nochmals mittelst eines noch wenig erprobten Arsennachweises, auf biologischem Wege, nämlich mittelst eines Schimmelpilzes — Penicillium brevicaule —, welcher beim Wachstum auf arsenhaltigen Nährböden aus festen Arsenverbindungen flüchtige, intensiv knoblauchartig riechende Arsengase abspaltet und dadurch das Erkennen selbst kleinster Spuren von Arsen ermöglicht. Verfasser versetzte einfach ein wenig Nähragar mit einer geringen Menge der Hautschuppen der beiden Patienten und beimpfte die schräg erstarrte Oberfläche mit dem Penicillium. Bereits nach 48 Stunden war der charakteristische Knoblauchgeruch in beiden Fällen in höchst ausgesprochener Weise vorhanden. Noch in $^1/_{10}$ g der Schuppen jedes der beiden Patienten ließ sich Arsen deutlich nachweisen. Ebenso lieferte der Urin und Schweiß eines anderen Patienten, welcher innerhalb von sechs Wochen im ganzen etwa 0,5 g Arsen innerlich genommen hatte und die letzte Dosis 14 Tage vor der Untersuchung erhalten hatte, ein deutlich positives Resultat. *I. Bloch-Berlin.*

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Lith. Anst. Julius Klinkhardt, Leipzig.

Verlag von Leopold Voss in Hamburg (und Leipzig).

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XXX. · · No. 12. · 15. Juni 1900.

Ein seltener Fall von Hyperkeratose.

Von

Dr. Buri-Basel.

(Mit Tafel IV.)

Seit Oktober 1897 hatte ich Gelegenheit, eine eigentümliche Hautanomalie zu beobachten, die mir der Veröffentlichung wert erschien.

Anamnese: Es handelt sich um einen jetzt 20jährigen Techniker aus angeblich ganz gesunder Familie. Beide Eltern leben noch in ungetrübter Gesundheit. In der ganzen Ascendenz des Patienten ist niemals, soviel wenigstens bekannt ist, ein ähnlicher Fall beobachtet worden.

Die Eltern des Kranken hatten drei Kinder. Das erste starb mit 9 Monaten an Scarlatina. Dasselbe hatte bis zu seinem Tode stets eine normale Haut gehabt. Das zweite Kind litt seit seinem zweiten Jahre an einer ähnlichen Affektion wie unser Patient, nur nicht in so hohem Grade. Es starb mit 6 Jahren an Meningitis.

Das dritte Kind, eben unser Patient, kam mit normaler Haut zur Welt, dieselbe blieb auch nach Angabe der Mutter, bis das Kind 1½ Jahr alt wurde, stets gesund und „schneeweifs". Um diese Zeit, angeblich nach der Impfung, beobachtete die Mutter, dafs die Haut des Kindes trotz fleifsigen Badens nie mehr recht rein und weifs werden wollte. Sie wurde, und zwar zuerst auf dem Kopf und Unterleib, rauh, trocken, schuppte stets leicht fast unmerklich ab und bekam eine dunklere, schmutzig-graue Färbung.

Diese Anomalie nahm nun stetig zu, im Sommer weniger, im Winter mehr, behielt aber ihren eben geschilderten Charakter. Niemals zeigte sich Jucken.

Vom sechsten bis zum zwölften Jahre war der bisher gesunde Knabe oft krank. Im sechsten Jahre machte er eine Lungen- und Brustfellentzündung durch, im siebenten angeblich eine Hirn- und hämorrhagische Nierenentzündung nach einem Sturz in einen Eiskeller, mit 9 Jahren

Scarlatina, im zwölften Jahre wieder eine Hirnentzündung. (?) Vom zwölften bis zum siebzehnten Jahre blieb er von körperlichen Leiden verschont.

Während jener Krankheiten verschlimmerte sich die Hautanomalie jeweilen in erheblichem Grade vermutlich infolge der durch die Krankheiten bedingten mangelhaften Hautpflege, behielt aber immer noch ihren früheren Charakter bei.

Da begannen, jetzt vor ca. 3 Jahren, sich plötzlich zahlreiche warzenförmige und condylomartige, stark pigmentierte Auswüchse auf den erkrankten Hautpartien zu entwickeln, zuerst auf dem Kopfe, bald auch auf der Brust und dem Unterleib, sowie den Oberschenkeln. Schon früher fingen die Haare an, auf den befallenen Partien auszugehen, und auf dem behaarten Kopfe bildete sich über den vorderen Partien eine beträchtliche Glatze. Die Schleimhäute blieben bis heute völlig normal.

Subjektive Beschwerden traten nie zu Tage, besonders niemals Juckreiz. Einzig aufgefallen ist mir eine ganz enorme, geradezu krankhafte Empfindlichkeit gegenüber Kälteeindrücken. Schon das Auflegen der kalten Hand veranlafst den Patienten, Abwehrbewegungen zu machen. Ob diese Überempfindlichkeit durch jahrelange konsequente Verweichlichung entstanden oder als Folge der gewaltigen Oberflächenvermehrung und der dadurch bedingten gesteigerten Wärmeabgabe aufzufassen ist, lasse ich dahingestellt.

Vor nun ca. 3 Jahren, also gerade zu der Zeit, da sich die ersten Wucherungen einstellten, zeigten sich leider Symptome einer Tuberkulose der Lungen, die den Hausarzt veranlafsten, den Patienten nach Davos zu schicken. Nach einem mehrmonatlichen Aufenthalte daselbst kam er fieberfrei und bedeutend gekräftigt zurück und begann, wieder seinen Studien obzuliegen. Die Besserung sollte jedoch nicht von langer Dauer sein. Es trat vor 3 Monaten neuerdings hohes Fieber auf, Hämoptoe, unstillbare Diarrhoen, Kehlkopfbeschwerden gesellten sich hinzu, und gegenwärtig befindet sich der Patient in einem Zustand, der einen baldigen schlimmen Ausgang befürchten läfst.

Status praesens: Grofses hageres Individuum.

Schon eine oberflächliche Betrachtung läfst drei verschiedenartig aussehende Hautpartien erkennen, nämlich:

1. Zunächst solche, wo die Haut weifs, weich, glatt, glänzend, frei von abnormer Pigmentierung, frei von Wucherungen, normal transpirierend, elastisch, mit einem Worte vollkommen gesund ist.

Solche Partien sind: Das ganze Gesicht mit der Vorderfläche der Ohrmuscheln, der Hals mit Ausnahme einer kleinen Stelle unterhalb des Kehlkopfes, fast die ganze Rückenfläche des Stammes bis zum Gesäfs, die Analgegend, die Achselhöhlen, die Ellenbogen, der untere Dritteil der Vorderarme, die Hände, ein kleiner Streifen entsprechend den Inguinalfalten,

fast die ganze hintere Fläche der Oberschenkel, die Vorderfläche der Knie, die Kniebeugen, die innere tibiale Fläche der Unterschenkel, die Hinterfläche der Unterschenkel mit Ausnahme einzelner Partien der Aufsenseite im oberen Dritteil und dicht über der Ferse, die ganze Planta und die innere Seite der Füfse.

2. Sehen wir gewisse Hautpartien in einem Zustande, der durchaus an Ichthyosis simplex erinnert.

Die Haut ist dort rauh, uneben, wie mit Staub bedeckt, leicht schuppend, weniger elastisch; wenn man sie in eine Falte erhebt, so flacht sie sich viel langsamer wieder ab, als dies sonst in diesem Alter geschieht und als es bei den normalen Partien der Fall ist. Ihre Färbung ist eine schmutzig-graue, ihre Felderung ist exageriert, ihre Furchen sind vertieft.

Solche ichthyotische Partien sind: der vordere Teil des behaarten Kopfes, die Supra- und Infraclaviculargegend, die oberen zwei Dritteile der Sternalgegend, die seitlichen Thoraxflächen, der mittlere Dritteil der Streckseite der Oberarme und der äufsere obere Dritteil der Streckseite der Vorderarme, die äufsere Seitenfläche der Oberschenkel, die äufsere Vorderfläche der Unterschenkel, seit Kurzem auch die Beugefläche der Vorderarme, die Interdigitalfalten, die sich berührenden Innenflächen der ersten Phalangen der Finger.

3. Am eigentümlichsten und für den Fall charakteristisch sind aber die noch übrigbleibenden Hautpartien.

Dieselben sind bedeckt mit zahlreichen mehr oder weniger stark entwickelten hornigen Auswüchsen, mit warzenähnlichen oder condylomartigen stark pigmentierten Gebilden.

Form, Gröfse, Färbung, Anordnung derselben in Reihen oder Gruppen variieren je nach Sitz und dem Druck, dem sie durch die Kleidung und dem Kontakt mit benachbarten Körperregionen ausgesetzt sind.

Folgende Partien der Haut sind mit solchen Excrescenzen besetzt: die behaarte Kopfhaut, besonders die seitlichen und hinteren Regionen derselben, die hintere Fläche der Ohrmuscheln, der gröfste Teil der Brust, ausgenommen die obere Sternalregion und die Infraclaviculargegend, das gesamte Abdomen, die Innenfläche der Oberschenkel und die innere Partie der Vorderfläche derselben oberhalb der Patella, die Beugefläche der Oberarme bis zur Ellenbeuge, der obere Dritteil der Beugefläche der Vorderarme.

Auf der Rückseite des Körpers treffen wir Wucherungen nur an folgenden Stellen: in der Gürtelregion eine kleine Partie an der Grenze zwischen Rücken und Flanke, an der Rückfläche der Oberschenkel, soweit sich letztere bei geschlossenen Knieen berühren, an einzelnen isolierten Stellen der äufseren Rückfläche der Unterschenkel, auf dem Fufsrücken und den Dorsalflächen der ersten Phalangen der Zehen.

Scrotum und Penis weisen ebenfalls einige isolierte Excrescenzen auf.

Betrachten wir nun kurz die Haut des gesamten Körpers, so ergiebt sich folgendes Bild:

Kopf: Das Gesicht ist frei. Die Kopfhaare sind vorne zum gröfsten Teile ausgefallen, die wenigen, die noch vorhanden sind, erscheinen sehr dünn, trocken, glanzlos und folgen dem leisesten Zug. Seitlich und hinten sind die Haupthaare noch gut erhalten. Die Kopfhaut selbst ist verdickt, schmutzig-grau bis braun mit verdickter Hornschicht, verschiebbar auf der Unterfläche, aber weniger elastisch als normal, trocken, rauh, stellenweise schuppend. Die normalen Furchen sind vertieft, sie umgeben linsengrofse und noch gröfsere rundliche oder polygonale Felder mit dicken, bräunlich-schwarzen, festhaftenden, hornigen Schuppen. Aufserdem bemerken wir auf dem Kopf, besonders seitlich und hinten, zahlreiche warzenförmige Gebilde, mehr breit als hoch, rundlich oder polygonal, mit Schuppen bedeckt. Auf dem Scheitel sollen früher viel gröfsere Wucherungen vorhanden gewesen sein. Am stärksten ausgeprägt finden wir die Verdickung der Haut und die warzenförmigen Wucherungen an der hinteren Haargrenze, trotzdem haben sich hier die Haare noch gut erhalten.

Ohrmuscheln: Auch die Haut der hinteren Fläche der Ohrmuscheln ist krankhaft verändert und verdickt, mit breiten warzenförmigen Gebilden besetzt, bräunlich-schwarz. In der hinteren Ohrfurche und besonders in der Furche hinter dem Ohrläppchen ist die Haut eingerissen.

Hals: Mit Ausnahme einer kleinen ichthyotisch veränderten, pigmentierten Stelle über dem Claviculargrübchen ist die Haut des Halses normal. Die Supraclaviculargegend ist ichthyotisch verändert.

Vorderfläche des Stammes und der Extremitäten: Stamm: Die Infraclaviculargegend gleich der oberen Sternalgegend ist ichthyotisch; der übrige Teil der Brust erscheint ebenfalls ichthyotisch, ist aber aufserdem mit zahlreichen, zum Teil isoliert stehenden, zum Teil konfluierenden hornigen Excrescenzen besetzt. Die Umgebung der Mammillae ist freier, die Mammillae selbst haben eine verdickte, stark pigmentierte Haut. Gegen das Abdomen hin nehmen die Excrescenzen an Gröfse, Zahl und Pigmentation rasch zu. Die seitlichen Partien des Thorax sind frei von Excrescenzen, aber ichthyotisch.

Abdomen und Oberschenkel: Die mächtigsten Wucherungen finden wir auf der Haut des Abdomens und den inneren Partien der Oberschenkel. Diese ganze grofse Fläche ist mit hornigen, warzenähnlichen oder condylomartigen, tiefschwarzen Excrescenzen dicht übersäet.

Form und Gröfse der einzelnen Gebilde sind recht verschieden. An der Peripherie, d. h. da, wo die Vorderfläche des Abdomens in die Seitenflächen übergeht, finden sich mehr längliche Gebilde, die höher sind als breit und lang, bis 3 mm hoch. Viele derselben erscheinen wie gestielt, ihre Basis hat einen kleineren Querschnitt als ihr Gipfel, alle sind stark

pigmentiert. Nach innen gegen die Linea alba und besonders gegen den Nabel und die Symphyse zu werden sie immer gröfser, sowohl höher als besonders auch breiter und länger. So entstehen mächtige Gebilde; einzelne weisen eine Höhe von 0,5 cm bei einer Länge von 1,0 cm und einer Breite von 0,7 cm auf.

Umfafst man mit der Hand ein gröfseres Stück der Bauchhaut und zieht es leicht an, so strahlen die Excrescenzen wie Staubfäden einer Blume auseinander, wie dies von Darier schon geschildert wurde.

Manche der Excrescenzen machen den Eindruck, als ob sie durch Konfluenz mehrerer einzelnen entstanden seien. — Von oben gesehen erscheinen die Wucherungen im allgemeinen flach, wie abgeplattet, als ob sie durch den Druck der Kleider in ihrem vertikalen Durchmesser komprimiert worden wären. Auch die Seitenwände der Auswüchse sind durch den Druck der benachbarten Gebilde flachgedrückt.

Die Anordnung der Excrescenzen ist im allgemeinen hier eine regelmäfsige in Reihen, welche wohl den gröberen und feineren Hautfalten entsprechen.

Die nächste Umgebung des Nabels erscheint etwas lichter, ebenso bemerken wir oberhalb des Nabels einen schmalen, transversal über das Abdomen verlaufenden, lichteren Hautstreifen; zweifellos ist beides eine Folge der Reibung bei den Beugebewegungen des Oberkörpers. Oberhalb des Nabels bis zur Höhe desselben streben die Reihen konzentrisch dem Nabel zu; vom Nabel an abwärts bis zur Symphyse verlaufen sie mehr bogenförmig, transversal, mit nach abwärts gerichteter Konvexität.

In den Leistenbeugen laufen sie parallel nach abwärts gegen den Arcus pubis zu.

Am Oberschenkel macht sich gleichfalls ein Streben der Reihen nach einem gemeinschaftlichen Mittelpunkte, wiederum dem Arcus pubis, geltend; so bewegen sich die oberen Reihen leicht nach abwärts und einwärts, weiter unten im obern Dritteil des Oberschenkels laufen sie horizontal, also quer über den Schenkel weg; noch weiter unten von unten aufsen und vorn nach oben innen und hinten, und zwar ziehen sie um so steiler nach aufwärts, je näher dem Knie sie entspringen. Ganz unten oberhalb der Patella laufen die Reihen wieder ganz horizontal, resp. transversal.

Durch diese eben geschilderten mächtigen und dicht aneinander gedrängten dunkelschwarzen, hornigen Wucherungen entsteht ein gewaltiger Schuppenpanzer; man glaubt die Haut irgend eines Sauriers und nicht die eines Menschen vor sich zu haben.

Es ist in der That ein Bild, das man nicht so leicht vergessen wird, wenn man es einmal gesehen hat.

Die äufsere Seitenfläche der Oberschenkel ist frei von papillären Excrescenzen, aber ichthyotisch, besonders stark in der Nähe der mit Wuche-

rungen gepanzerten inneren Partien der Vorderflächen, während sie nach aufsen und hinten immer weicher, weifser, normaler wird.

Die Streckseite der Kniee ist ganz frei, die Haut weifs, frei von Excrescenzen.

Unterschenkel. Die innere (tibiale) Vorderfläche ist normal, die äufsere leicht ichthyotisch und mit vereinzelten Excrescenzen besetzt.

Füfse. Die Haut der äufseren Seite des Fufsrückens ist verdickt und mit stark pigmentierten, transversal verlaufenden Reihen von Wucherungen besetzt, ebenso die Dorsalfläche der ersten Phalangen; die übrigen Phalangen haben normale Haut.

Obere Extremität. Die Vorderfläche der Oberarme ist bis zur Ellenbeuge ichthyotisch, stark pigmentiert und mit zahlreichen warzenähnlichen Excrescenzen besetzt. Dieselben sind im allgemeinen in transversal verlaufenden Reihen angeordnet. Nur gegen die Achselhöhlen zu ändern sie ihre Richtung, indem sie konzentrisch gegen diese Stelle hin verlaufen. Die Excrescenzen erreichen bei weitem nicht die Mächtigkeit der abdominellen Bildungen.

Die Ellenbogen sind frei, vielleicht infolge der beständigen Reibung und Maceration.

Das obere Dritteil der Vorderarme ist leicht ichthyotisch und mit mäfsig grofsen Excrescenzen besetzt. Die zwei unteren Dritteile der Vorderarme sind rauh, aber frei von Excrescenzen. Vor 2 Jahren waren dieselben noch völlig normal.

Die Hände waren bis vor 6 Wochen völlig intakt. Gegenwärtig (Anfang März 1900) finden sich in den Interdigitalfalten und den Innenflächen der ersten Phalangen ichthyotische, ziemlich stark pigmentierte Stellen.

Die Nägel weisen nichts Abnormes auf.

Rückenfläche des Stammes und der Extremitäten. Wie schon bemerkt, ist die Haut fast des gesamten Rückens normal. Eine Ausnahme bilden die im Folgenden erwähnten Partien.

Die Haut über der Vertebra prominens ist ichthyotisch und stark pigmentiert. Gegen die Seitenflächen des Thorax wird die auf dem Rücken weiche, glatte Haut immer mehr ichthyotisch, bis sie allmählich in den Schuppenpanzer der Vorderfläche übergeht. Nur in der Gegend des Gürtels greifen die Wucherungen etwas auf die Rückenfläche über.

Die Glutäalgegend ist im ganzen normal, stellenweise leicht ichthyotisch, richtiger lichenpilarisartig und etwas stärker pigmentiert. Sacrum, Damm und Analgegend sind frei.

Die Haut der Hinterfläche der Oberschenkel ist normal, d. h. hier etwas rauh, lichenpilarisartig, frei von Excrescenzen und abnormer Pigmentierung.

Nur im unteren Dritteil greift der Schuppenpanzer der Vorderfläche auf die innere Rückfläche beider Oberschenkel über, entsprechend jenen Partien, die sich bei geschlossenen Knieen gegenseitig berühren.

Die Kniekehlen, die Rückflächen der Unterschenkel, sowie die Fufssohlen sind normal.

Arme. Die Streckseite der Arme ist weit weniger befallen als die Beugeseite, doch bis zum Ellenbogen ichthyotisch und direkt oberhalb des letzteren, sowie besonders im oberen Dritteil mit Excrescenzen besetzt und pigmentiert. Die Gegend über dem Olekranon ist, wie normalerweise, rauh.

Die Streckseite der Vorderarme ist nur an ihrer innern obern Partie ichthyotisch und mit niedern Excrescenzen bedeckt. Die äufsern Partien sind frei, ebenso das ganze untere Dritteil des Dorsum manus ist frei.

Diagnose:

Als ich den Patienten zum ersten Male sah, dachte ich zunächst an Ichthyosis hystrix. Für diese Diagnose sprachen verschiedene Umstände: Zunächst die Thatsache, dafs die Affektion in früher Kindheit, nämlich schon im zweiten Jahre begonnen hatte, wie dies ja auch bei der Ichthyosis der Fall zu sein pflegt; sodann der Umstand, dafs ein Bruder des Patienten im selben kindlichen Alter an einer ichthyosisähnlichen Krankheit gelitten hatte. Es darf also das Leiden als ein ererbtes betrachtet werden, wenn schon ähnliche Affektionen in der Ascendenz des Patienten nicht vorgekommen oder wenigstens nicht zu unserer Kenntnis gelangt sind. Auch diese hereditäre Grundlage würde für Ichthyosis sprechen. Ferner war das ganze Aussehen des Patienten derart, dafs der Gedanke, es möchte sich um eine Ichthyosis handeln, die zunächst nur den Charakter einer Ichthyosis simplex hatte, später aber sich in eine Ichthyosis hystrix umwandelte, wohl gerechtfertigt erschien.

Nur zwei Dinge machten mir Bedenken, die Diagnose Ichthyosis hystrix festzuhalten: Erstens die Lokalisation der Anomalie. Während nämlich sonst bei der Ichthyosis vorzugsweise die Streckseiten des Körpers befallen sind, zeigt sich hier das umgekehrte Verhältnis in exquisiter Weise. Mit Ausnahme einiger kleinen Partien am Oberschenkel und den Armen sind die Streckseiten vollkommen intakt geblieben. Die Haut ist daselbst nicht nur nicht rauher als gewöhnlich, sondern sie zeigte sogar gröfstenteils eine fast weibliche Weichheit und Zartheit.

Auffallend war mir in zweiter Linie der progressive Charakter der Affektion. Dieselbe hatte von Beginn an bis zum heutigen Tage stetig zugenommen sowohl an Intensität wie an Extensität, und erst vor 3 Jahren hatte die Krankheit insofern ihren Charakter geändert, als nun plötzlich die grofsartige Excrescenzenbildung und Pigmentation in die Erscheinung traten. Merkwürdigerweise fällt diese Änderung des

Charakters der Affektion zeitlich zusammen mit dem Beginn der Lungentuberkulose.

Dafs auch gegenwärtig noch die Affektion an Ausdehnung gewinnt, konnte ich leicht und sicher konstatieren. Während vor 2 Jahren die Vorderarme auf ihrer Beugeseite noch vollkommen weich und weifs waren, sind sie jetzt rauh und ziemlich stark pigmentiert. Ja in den letzten 6 Wochen haben sich auch an den bisher stets intakt gebliebenen Interdigitalfalten und Innenflächen einzelner Finger Rauhigkeit und Pigmentation eingestellt.

Die Krankheit hat somit einen eminent progressiven Charakter, der sich besonders in den letzten 3 Jahren geltend machte.

Das ganze gegenwärtige Krankheitsbild erinnert mich lebhaft an jenen Fall, den uns Professor Wolff am Strafsburger Dermatologen-Kongrefs als Akanthosis nigricans demonstriert hat, nur sind in meinem Falle Gesicht und Rücken einstweilen verschont geblieben, und es fehlen die von Wolff beschriebenen Naevi. Im übrigen gleichen sich die beiden Fälle ganz ungemein. Auch sonst und besonders in ihrem Verlaufe bieten sie grofse Ähnlichkeiten dar. Von allen 20 bisher als Akanthosis nigricans beschriebenen Fällen ist Wolffs Fall der einzige, der, wie meiner, in früher Kindheit begonnen und dessen Dauer sich über so viele Jahre erstreckte. In beiden Fällen ist ferner von Carcinom keine Rede.

Ich gebiete nicht über eine genügend grofse Erfahrung, um die Frage zu entscheiden, ob bei Ichthyosis ein solches konstantes Fortschreiten der Erscheinungen vorkommt, auch ist mir nicht bekannt, ob Fälle von Ichthyosis simplex beschrieben sind, die nach 15jährigem Bestand den Charakter einer Ichthyosis hystrix annahmen. Dagegen konnte ich erst in letzter Zeit zwei Fälle von Ichthyosis simplex beobachten, bei denen vorzugsweise die Beugeseiten befallen waren, so dafs dieser Umstand allein mir nicht genügend erschien, um die Diagnose einer Ichthyosis hystrix zu verwerfen.

Ich habe mich gefragt, ob nicht vielleicht mein Fall ebenfalls als Akanthosis nigricans könnte aufgefafst werden.

Das Krankheitsbild, das mein Fall darbietet, ist charakterisiert durch folgende Erscheinungen:

1. rauher, ichthyosisartiger Zustand der Haut;
2. Bildung zahlreicher verruköser und kondylomartiger Excrescenzen;
3. starke Pigmentation,

und das sind ja auch die Symptome, die bei den meisten als Akanthosis nigricans beschriebenen Fällen zu beobachten waren.

In mehreren Beziehungen weicht mein Fall allerdings von den typischen Fällen von Akanthosis nigricans ab. Einmal sind die meisten derselben erst in höherem Alter, zwischen dem dreifsigsten und sechzigsten Jahre, in die Erscheinung getreten, während mein und Wolffs Fall bereits im

zweiten Jahre auftraten; von Heredität ist in keinem der Fälle die Rede, während mein Patient einen Bruder hatte, der an der gleichen Affektion litt. Auch in der Lokalisation unterscheidet sich mein Fall von den andern, indem erstlich bei meinem Falle die Wucherungen sich über einen viel gröfseren Teil verbreiteten, als in den meisten übrigen Fällen, und indem ferner gewisse Prädilektionsstellen der Wucherungen, wie der Hals, die Ellenbeugen, die Analgegend bei meinem Patienten gerade frei geblieben sind. Ein weiterer überaus wichtiger Unterschied ist der, dafs, während von 20 als Akanthosis nigricans geschilderten Fällen 13 wahrscheinlich oder sicher mit Carcinom meist des Unterleibes kompliziert waren, in meinem wie in den Fällen Wolffs und Burmeisters Carcinom mit Gewifsheit ausgeschlossen werden konnte. Dagegen leidet mein Patient an schwerer Lungen-, vielleicht auch Kehlkopf- und Darmtuberkulose und, wie schon erwähnt, datiert die Entstehung der Wucherungen vom Momente an, da die Tuberkulose ihre ersten Symptome machte. Beide Affektionen sind gleichzeitig in die Erscheinung getreten. Da ist denn die Frage wohl erlaubt, ob nicht die Tuberkulose in gleicher Weise Veranlassung zur Bildung jener Wucherungen und Pigmentationen gegeben hat, wie die Carcinose in den typischen Fällen. Sie konnte es hier um so leichter, als bei dem an Ichthyosis leidenden Individuum der Boden gewissermafsen schon präpariert war. Ohne eine bestimmte Diagnose stellen zu wollen, möchte ich doch meine Ansicht dahin präzisieren, dafs wir es hier mit einem Falle von Akanthosis nigricans auf ichthyotischer Basis zu thun haben.

Da der ganz ungemein furchtsame Patient mir leider niemals die Excision eines Stückchens Haut aus den gewucherten Partien erlauben wollte, konnte ich eine mikroskopische Untersuchung des Falles nicht vornehmen. Vielleicht kann dies nach dem wohl in nächster Zeit zu erwartenden Exitus nachgeholt werden.[1]

In therapeutischer Hinsicht möchte ich noch erwähnen, dafs es mir gelungen ist, durch mehrwöchentliche Anwendung von Salicylsäurepflastermull den linken Arm völlig normal zu gestalten. Allerdings hat sich seitdem, d. h. seit einem Jahre, die Haut daselbst wieder etwas verdickt und leicht pigmentiert. Aber der betreffende Arm sieht doch auch jetzt noch bedeutend besser aus als der nicht behandelte Arm. Leider hat das schwer gestörte Allgemeinbefinden des Kranken eine Ausdehnung der Behandlung auf die noch übrigen Partien des Körpers nicht gestattet.

[1] Der erwartete Exitus ist am 30. März 1900 erfolgt. Leider wurde mir von dem geistig sehr sonderbar gearteten Vater des Verstorbenen nicht nur die Sektion verweigert, sondern er erlaubte mir auch nicht einmal, eine kleine Excision zu machen, da er seinem Sohne auf dem Sterbebette das Versprechen gegeben habe, sich einer solchen zu widersetzen. Leider ist mir so die Untersuchung des Falles unmöglich gemacht worden.

Aus der Praxis.

Zur Tripperbehandlung.

Von

Dr. Weidenhammer-Worms.

Bei einer grofsen Anzahl von frischen Trippern führt die z. Z. meist geübte Behandlung mit Einspritzungen von Höllensteinpräparaten und zusammenziehenden Mitteln hinsichtlich Verminderung des Ausflusses und der Gonokokkenzahl nicht zu erwünschtem Ziel. Seit einem Jahre habe ich mir in solchen Fällen folgendes Verfahren angewöhnt: Ich verschreibe eine nahezu gesättigte Kalium permang.-Lösung (4 : 100), lasse hiervon einen Theelöffel zu $^1/_2$ Liter abgekochtem Wasser mischen und mit letzterem Masseneinspritzungen machen. Zuerst fünfmal 25 Einspritzungen in 24 Stunden, bei zurückgehendem Ausfluſs nach 3—5 Tagen fünfmal 20 Einspritzungen u. s. w. bis fünfmal eine Einspritzung. Meist bestelle ich die Patienten jeden dritten Tag zu mir (6 Stunden vorher dürfen sie keine Einspritzungen mehr machen) und spüle mit Argentum nitricum 0,1—0,5 : 1000 nach Janet. Dasselbe Verfahren gab mir befriedigende Erfolge bei chronischem Tripper mit hartnäckiger, mehr oder weniger reichlicher Sekretion.

Ich empfehle das Verfahren angelegentlichst zur Nachprüfung.

Versammlungen.

Berliner dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 1. Mai 1900.

Original-Bericht von Dr. John Hirsch-Berlin.

Zunächst demonstriert Blaschko einen jungen Mann, der bereits im Februar derselben Gesellschaft vorgeführt wurde. In der linken Supraklavikulargegend hatte er einen faustgroſsen, harten Tumor, der seit einigen Jahren bestand, anfangs nur langsam wuchs, plötzlich jedoch stärker zunahm. Mit dieser Phase stellte sich gleichzeitig ein fast unerträglicher Juckreiz ein, gegen den alle versuchten Mittel, wie Bäder, Kleiebäder, Schwefelbäder, Watteeinwickelungen machtlos blieben. Dieser Pruritus cutaneus spielte wohl dieselbe Rolle, wie derjenige, welcher bei Leukämie und Pseudoleukämie nicht selten auftritt. Der Patient magerte aufs Höchste ab, litt

an Schlaflosigkeit. Hier konnte die Prognose für die dauernde Beseitigung des so lästigen Pruritus gut gestellt werden, da der vorhandene Tumor als ätiologisches Moment angenommen werden mufste. Behufs Excision desselben wurde der Patient dem Urbankrankenhause überwiesen. Hier wurde der so lästige Pruritus mit Ichthyol und Teerpräparaten zu bekämpfen gesucht; aber alle diese Mittel versagten, das Hautjucken blieb unerträglich. Man entschlofs sich nun am 7. März zur Excision des Tumors. Danach hörte das Jucken wie mit einem Zauberschlage auf. Die mikroskopische Untersuchung, welche Benda vornahm, ergab eine Geschwulst, welche den Kern der Lymphdrüsen nachahmt; das retikuläre Bindegewebe ist stark entwickelt, daher fühlte sich der Tumor hart an; es handelt sich um ein **Lymphsarkom.** Die Narbe fühlt sich derb an; nur an einer Stelle fühlt man einen kleinen Höcker. Sollte die Beobachtung ergeben, dafs dies ein Recidiv in loco ist, so würde eine Exstirpation auch dieses Restes sofort vorgenommen werden müssen. Wie ist nun der Zusammenhang des Pruritus cutaneus mit dem Tumor zu erklären? Man könnte zunächst daran denken, dafs das Hautjucken reflektorisch auftrat, etwa durch Druck auf den Vagus resp. auf den Sympathikus. Irgend eine Verwachsung mit einem Nervenstrang scheint nach dem Ergebnis der Operation nicht vorgelegen zu haben. Weit plausibler ist die Erklärung der Hautneurose auf dem Wege der Autointoxikation. Wir müssen annehmen, dafs von dem Tumor aus Toxine in den Körper aufgenommen worden sind und diese das ätiologische Moment für den Pruritus abgaben. Auf gleiche Weise müssen wir uns die Entstehung jener sensiblen Hautneurose bei Leukämie und Pseudoleukämie denken.

Saalfeld fragt an, ob das Blut in diesem Falle untersucht worden ist. — Blaschko giebt an, dafs der Blutbefund stets normal gewesen. — Lesser führt aus, dafs in diesem Falle infolge Auftretens eines einzigen Tumors der lästige Pruritus durch Operation beseitigt werden konnte, in anderen Fällen hindert leider die Multiplizität der Drüsentumoren dieselbe Therapie einzuschlagen.

Ledermann stellt darauf ein ca. 20 Jahre altes Mädchen vor, das im Anschlufs an eine vor acht Jahren überstandene Pneumonie sämtliches Körperhaar verloren hat. Dasselbe ist gezwungen, eine Perrücke zu tragen. Eigentümlich ist es, dafs in jedem Winter eine Mauserung eintritt, sodafs das junge Mädchen fast kahl ist, während im Sommer das Wachstum der Haare sich einstellt, und diese am Kopf 10—12 cm lang werden. Das Lanugohaar bleibt erhalten. Man mufs hier wohl eine **Oligotrichosis** oder eine **Alopecia intermittens** annehmen.

Lesser fragt, ob auch an den Augenbrauen und Cilien dieser Haarwechsel eintrete, was Ledermann bejaht. — Rosenthal führt aus, dafs man bei jeder Alopecia universalis zu gewissen Zeiten ein geringes Wachstum der Haare auftreten sieht. — Blaschko glaubt, es sei von grofser Wichtigkeit festzustellen, wie die Alopecie hier angefangen habe. Wenn die Kahlheit an einer scharf kreisrunden Stelle begonnen und allmählich die ganze Fläche des Kopfes ergriffen, dann haben wir es mit einer Alopecia areata zu thun; ist jedoch die Rarefikation des ganzen Haarkleides plötzlich aufgetreten, so haben wir es mit einer anderen Haarerkrankung zu thun. — Rosenthal ist der Meinung, dafs die Alopecia universalis eine Folgeerscheinung der Alopecia areata sei. — Ledermann hebt noch hervor, dafs dieses mit der Anamnese übereinstimme. — Pinkus führt aus der Litteratur einen Fall an, in welchem jedes Jahr eine Mauserung des Kopfhaares eintrat. Es betrifft dies den Anatomen Leuwenhoek.

Ledermann stellt hierauf einen Mann mit einem angeborenen Naevus der rechten Wange und einem solchen in der Fossa ovalis des rechten Oberschenkels vor. Vor zehn Jahren acquirierte derselbe eine **hyperkeratotische Psoriasis** in der vorderen

Verästelungslinie der **Voigtschen inneren Grenzlinie** bis zum Malleolus internus herab. Bis vor kurzem glaubte man, dafs alle Affektionen der Haut, welche in dieser strichförmigen Weise angeordnet auftreten, angeborene Naevi wären oder zur Gruppe der sogenannten Ichthyosis hystrix gehörten. Heller, Sternberg und Ledermann selbst haben später gezeigt, dafs auch rein entzündliche Affektionen in dieser Voigtschen Linie entwickeln können. So habe er vor einiger Zeit einen Fall demonstriert, in welchem sich eine Eruption von Lichen ruber verrucosus in der inneren Voigtschen Linie entwickelt hatte. Wir müssen in diesem Falle annehmen, dafs der angeborene Naevus die Prädisposition zur Entwickelung der später entstandenen Psoriasis abgegeben habe. Interessant ist noch, dafs seine Tochter, welche ein Jahr nach der eingetretenen Hautaffektion geboren, gleichfalls Psoriasisefflorescenzen zeige. Es liegt also bei dieser eine hereditäre Psoriasis vor.

Heller erörtert die Möglichkeit, dafs die strichförmige Figur der hier vorhandenen hyperkeratotischen Psoriasis durch die Art des Kratzens von oben nach unten zu stande gekommen sei. — Ledermann giebt dieses zu; es habe in dieser Gegend ein erhöhter Reizzustand bereits gelegen. — Blaschko führt aus, dafs in dieser Linie zwei Haarströme konvergieren. Dieses ist besser sichtbar, wenn man das Bein zu der Zeit in Augenschein nimmt, wenn die Person aus dem Bade kommt.

Alsdann demonstriert Buschke zwei Männer mit Aknekeloid, hierauf einen Mann mit einer Nagelerkrankung. Der nächste Patient, den B. vorführt, ist ein 38 Jahre alter Mann, der 1866 die Pocken überstand, sich 1884 einen harten Schanker zugezogen. 1888 stellten sich wieder Krankheitssymptome spezifischer Natur ein, die unter dem Gebrauch von Jodkalium zurückgingen. Die Hautaffektion, welche er augenblicklich darbietet, bereitete zuerst diagnostische Schwierigkeiten. Alle Finger der rechten Hand erscheinen vergröfsert, ebenso zeigen die Nägel eine Verbreiterung von 2—3 mm. Die Veränderung der Haut zeigt eine gewisse Ähnlichkeit mit derjenigen, welche wir bei der idiopathischen Hautatrophie sehen; hier besteht jedoch keine Abnahme der Haut, sondern eine Verdickung derselben. Am plausibelsten erschien zuerst die Diagnose Akromegalie, denn man vermutete, dafs eine Zunahme der Knochen im Dickenwachstum den Erscheinungen zu Grunde liege. Das Röntgogramm ergab jedoch keine Anomalie des Knochenwachstums, sondern nur eine Verdickung der Haut. Es mufste daher die Diagnose Akromegalie aufgegeben werden. Auch an das Vorliegen von Osteoarthropathie hypertrophiante pneumique dachte man; aber auch diese Diagnose mufste man fallen lassen. Die meiste Wahrscheinlichkeit hat die Diagnose **Elephantiasis** für sich. Die hier vorliegende Hautaffektion mit mit der überstandenen Syphilis in Zusammenhang zu bringen, ist nicht möglich.

Siegheim fragt an, ob nicht in diesem Falle Erythromelalgie vorliege, was Buschke unter dem Hinweise bestreitet, dafs die Schmerzen fehlen. — Lesser führt einen ganz analogen Fall an, den er zu sehen Gelegenheit gehabt.

Zum Schlufs demonstriert Buschke noch einen 44 Jahre alten Mann, der im Anschlufs an Influenza an **Sklerodermie** erkrankte. Patient hat eine gesunde Nachkommenschaft, ist niemals syphilitisch infiziert gewesen. Im Februar d. J. erkrankte er unter Schüttelfrost an Influenza. Hiernach stellte sich eine Starre im Nacken ein, die sich von da auf den Thorax und die oberen Extremitäten kontinuierlich fortsetzte. Die Haut fühlt sich da überall so elastisch gespannt wie ein Gummiball an. Patient leidet noch an einer Cystitis, die er im Anschlufs an eine frühere Blennorrhoe acquiriert hat. Es besteht keine Nierenerkrankung; der Harn enthält genau so viel Albumen, als dem Eitergehalt entspricht. Das Krankheitsbild wurde zuerst von anderer Seite als Trichinosis aufgefafst; es fehlten jedoch die Erscheinungen von seiten der Muskeln; auch die Krankheitssymptome von seiten des Magens und des

Darmkanales blieben aus. Ferner dachte man an Myxödem. Abgesehen davon, daſs die Hauterscheinungen in diesem Falle nicht denen des Myxödems entsprachen, fehlten auch die psychischen Begleiterscheinungen. Man muſste daher an der Diagnose Sklerodermie festhalten, einer Erkrankung, die man in neuerer Zeit als eine Infektionskrankheit auffaſst. Die Therapie besteht in Massage, welche bereits an der rechten Extremität einen günstigen Effekt gezeitigt hat.

Blaschko führt zwei Fälle von Sklerodermie an, welche er zu beobachten Gelegenheit hatte. Der eine entstand im Anschluſs an Skarlatina, der andere im Anschluſs an eine Erkältung. Auch in seinen Fällen führte die Monate lang durchgeführte Elektromassage zur wesentlichen Besserung. — Heller weist auf den jugendlichen Gesichtsausdruck hin, der bei Sklerodermie durch das bestehende Ödem erklärlich ist. Er habe öfter diese Erkrankung im Anschluſs an Erkältungen ganz akut entstehen sehen. — Blaschko bemerkt noch, daſs er in dem Falle, wo die Sklerodermie im Anschluſs an Skarlatina entstanden ist, an die Möglichkeit dachte, daſs das Krankeitsbild durch eine krankhafte Veränderung der Gefäſse hervorgerufen sei. — Saalfeld erinnert an einen Fall von akut entstandener diffuser Sklerodermie bei einem jungen Mädchen, das Mohr im vorigen Jahre der dermatologischen Gesellschaft vorgestellt hat.

Venerologisch-dermatologische Gesellschaft zu Moskau.

Sitzung vom 10./23. März 1900.

Originalbericht von Arth. Jordan-Moskau.

1. A. Sabolotski stellte ein 8jähriges Mädchen mit **Ichthyosis** vor, welche im ersten Lebensjahre aufgetreten sein soll. Der Prozeſs ist sehr stark ausgesprochen und betrifft den ganzen Körper mit Ausnahme des Gesichts, der oberen Teile der Brust und des Rückens, der Handteller und Fuſssohlen. Die Beugeseiten der Extremitäten sind stärker affiziert, als die Streckseiten.

2. A. Sabolotski zeigte ferner einen Fall von **Erythema exsudativum multiforme** mit starker Beteiligung der Rachen- und Lippenschleimhaut.

3. Molyscheff demonstrierte gleichfalls einen Mann mit **Erythema exsudativum multiforme**, bei dem auch die Schleimhäute miterkrankt waren. An der Zungenspitze und am After fanden sich Plaques, die leicht zu Verwechselung mit Lues hätten führen können.

4. Cholin als Gast berichtete über einen Fall von **Granuloma sarcomatoides hämorrhagicum multiplex** und zeigte die Moulagen, das pathologische und zwei mikroskopische Präparate. Der Fall betraf einen 30jährigen Arbeiter, welcher sich im Oktober v. J. im alten Katharinenhospital zu Moskau hatte aufnehmen lassen und daselbst im Dezember gestorben war. Bei Eintritt des Kranken in das Hospital fanden sich bei ihm elf, an verschiedenen Körperstellen aufgetretene, in der Haut sitzende und dieselbe überragende, geschwürige Knoten von weicher Konsistenz. Einige dieser wuchernden Knoten verheilten, aber bald darauf traten unzählige neue, ebensolche, leicht blutende Knoten auf und an Inanition ging Patient zu Grunde. Mikroskopisch lieſs sich in der bindegewebigen Schicht ein reichliches Vorkommen groſser epitheloider Zellen bei starker Entwickelung der Gefäſse konstatieren.

Diskussion: Tschlenoff beanstandet die Diagnose, weil dieselbe keine dermatologische, sondern nur eine pathologisch-anatomische ist und spricht sich für Sarkom aus. — Cholin entgegnet darauf, daſs sein Fall nicht in die bisher beschriebenen Sarkomgruppen passe. — Pospelow ist gleichfalls der Ansicht, daſs es sich um ein Sarkom der Haut handelt, weil hier, wie in den Kaposischen Fällen die Gefäſse

erkrankt sind. Aus diesem Grunde erscheint Pospelow, wie er schon früher betont hat, die Bezeichnung Acroangioma haemorrhagicum richtiger zu sein, als Sarkom.

5. Blumenthal als Gast demonstrierte **bakteriologische Präparate** und sprach über einige neuere chemische Reaktionen.

Sitzung vom 28. April (10. Mai) 1899.

1. Malyscheff stellte einen 11jährigen Knaben mit **Lepra tuberosa** vor, welche insbesondere die Wangen betrifft und die Stirn nur wenig in Mitleidenschaft gezogen hat. Die Facies leonina fehlt daher. Die Augenbrauen sind ausgefallen. Auf den Schulterblättern, den oberen und unteren Extremitäten finden sich lepröse Flecke. An der linken Hälfte der Nasenscheidewand sieht man eine Exulceration, von der vermutlich die Infektion ausgegangen ist. Nach Angabe der Mutter des Patienten soll die Nase zuerst vor $1^1/_2$ Jahren erkrankt sein. Die Sensibilität ist kaum alteriert. Mikroskopisch liefsen sich in der Haut reichlich Leprabacillen nachweisen. Patient stammt aus dem Bronnitzkischen Kreise des Moskauer Gouvernements, von wo schon früher zwei Lepröse, mit denen dieser Kranke aber keine Beziehungen gehabt haben soll, in der Gesellschaft vorgestellt worden sind.

Diskussion: Pospelow hebt die besondere Lokalisation auf den Warzen und die Art der Knoten hervor, indem sie zunächst an gewöhnliche Akneknoten erinnern.

2. Ustinow berichtete über einen Fall von **Reinfectio syphilitica.** Der betreffende 32jährige, der Intelligenz angehörige Patient acquirierte im Jahre 1893 ein Ulcus durum, welches zwar kein Exanthem, aber wohl Lymphadenitis und Angina papulosa im Gefolge hatte. Es wurden mehrere Schmier- und Spritzkuren ausgeführt. Zu Ende des Jahres 1899 stellte sich Patient zum zweiten Male mit einem harten Schanker vor, der gleichfalls ohne nachfolgendes Exanthem verlief, aber wiederum zu einer Angina papulosa führte, sodafs an der Diagnose Reinfectio nicht gezweifelt werden kann.

3. Stud. Wyssotzki als Gast demonstriert **mikroskopische Präparate** von einem Fall von **Elephantiasis brachii dextri** nach Erysipel bei einer Frau, die an einem Mammacarcinom zu Grunde ging. Die vom Arm entnommenen Präparate zeigen Verdickung und Verbreiterung der Bindegewebsschicht, Verdünnung der Hornschicht, kleinzellige Infiltration in der Umgebung der Schweifsdrüsen, Erweiterung der Lymphspalten und parenchymatöse Degeneration der Nervenbündel. Auf Grund dieses Befundes glaubt Verfasser, dafs weniger das Erysipel, als die Erkrankung der Nerven zur Elephantiasis geführt hat.

Fachzeitschriften.

Archiv für Dermatologie und Syphilis.

1900. Band 52, Heft 1.

I. **Studie über die Ätiologie und Pathogenese der sogenannten generalisierten Vaccine bei Individuen mit vorher gesunder oder kranker Haut,** von Gustav Paul-Wien. Die Aufgabe, welche Verfasser sich in der vorliegenden Abhandlung gestellt hat, soll folgende sein:

1. Die Notwendigkeit einer strikten Scheidung bisher zumeist unter der Kumulativbezeichnung generalisierte Vaccine zusammengefafster, jedoch offenbar verschiedenartiger Impfkomplikationen klarzulegen.

2. Der Einschränkung der Bezeichnung „Vaccine généralisée" ausschliefslich auf jene, wissenschaftlich allerdings noch nicht einwandfrei sichergestellte Fälle von nach der Impfung etwa auftretenden Allgemeinexanthemen das Wort zu reden, deren vaccinaler Charakter durch eine versuchte und gelungene Überimpfung auf den Menschen oder ein für Vaccine empfängliches Tier experimentell unzweideutig erwiesen worden ist.

3. Für die Einreihung der relativ recht häufig im Anschlufs an eine erfolgreiche Impfung auftretenden unschuldigen polymorphen erythematösen Allgemeinausschläge unter die sogenannten symptomatischen, den Arzneiexanthemen analogen Eruptionen einzutreten, da die Auffassung derselben als Manifestation einer allgemeinen vaccinalen Blutinfektion nicht hinlänglich wissenschaftlich begründet erscheint.

4. Die Beweisführung zu versuchen, dafs die mit anderen Dermatosen, namentlich mit Ekzem, kombinierten und in letzterem Falle in diffuser Form wuchernde Vaccine, welche bisher von den meisten Autoren als der Hauptrepräsentant der sogenannten Vaccine généralisée angesehen wird, eine reine lokale Hautaffektion darstelle und daher eine neue, diesen Charakter präzis zum Ausdrucke bringende Benennung erhalten müsse.

5. Die aus den voranstehenden Gesichtspunkten für die Impfpraxis sich ergebende Nutzanwendung zu ziehen.

Nach den Untersuchungen des Verfassers gebührt die Bezeichnung „generalisierte Vaccine" einzig und allein jenen Blasenausschlägen, die im unmittelbaren Anschlusse an eine erfolgreiche Impfung bei Individuen mit vorher ganz gesunder Haut, eventuell zur Beobachtung gelangen, alle charakteristischen Eigenschaften des echten Vaccinebläschens darbieten und bei denen die Verimpfbarkeit des Blaseninhaltes durch eine gelungene Überimpfung auf den Menschen oder ein für Vaccine empfängliches Tier einwandfrei erwiesen worden ist.

Verfasser untersucht nun experimentell und an der Hand von Krankengeschichten, inwieweit die durch das zufällige Zusammentreffen von Vaccine sei es mit Ekzem oder Prurigo oder Impetigo etc. entstehenden Hautaffektionen den obigen Bedingungen entsprechen. Er gelangt zu dem Schlusse, dafs man für die auf Ekzem, Prurigo, Impetigo etc. wuchernde Vaccine, welche als rein lokale Affektion sich charakterisiert, die Bezeichnung „Vaccine généralisée" fallen lassen müsse, da dieselbe für diese Komplikationen nicht am Platze sei. Man könne vielmehr nur von einer „durch zufällige Übertragung auf Ekzem, Prurigo, Impetigo etc. daselbst in diffuser oder diskreter Form wuchernden Vaccine und nicht von einer generalisierten Vaccine bei ekzematösen, pruriginösen etc. Individuen sprechen. Verfasser schlägt dafür die Bezeichnung vor „Vaccina casu in Eccema (Pruriginem etc.) translata ibique diffusa (discreta)".

Die Schlufsfolgerungen, die er aus seinen Ausführungen für die Impfpraxis zieht, sind folgende:

„Es wird sich im allgemeinen dringend empfehlen, mit Ekzem behaftete Kinder, namentlich wenn dasselbe über gröfsere Hautpartien ausgebreitet ist, von der Impfung so lange auszuschliefsen, bis das Ekzem vollständig geheilt ist. In Ausnahmefällen, wozu nur die Gefährdung des betreffenden Individuums durch eine drohende Blatterninfektion gezählt werden kann, ist die Impfung nur unter besonderen Vorsichtsmafsregeln, namentlich unter Anwendung eines Okklusivverbandes zulässig.

Der günstige Einfluſs, den deutsche, französische und insbesondere englische

Ärzte auf die Heilung lange bestehender Ekzeme durch die Impfung beobachtet haben wollen, kann bei dem oft recht gefährlichen Charakter der artifiziellen Vaccineinfektion des Ekzems keinen Berechtigungsgrund für eine sorglose Impfung ekzematöser Kinder abgeben. Die Gefahr ist überwiegend und der Nutzen recht problematisch, da auch in den günstig verlaufenen Fällen in kosmetischer Beziehung bleibende Nachteile infolge der nicht selten beobachteten Narbenbildung resultieren können."

II. **Über ein neues Jodeiweifspräparat („Jodolen"-Laquer) und seine therapeutische Verwendung**, von W. Sommerfeld-Königsberg i. Pr. Das Jodolen hat zur Grundlage das Jodol und stellt ein Jodeiweifs dar mit 36% Jodgehalt (halb so viel Jod als Jodkalium), während Jodalbacid nur 8% Jodgehalt hat. Es ist ein gelbliches, etwas grobkörniges, trockenes, nicht zusammenballendes, vollkommen geruch- und geschmackloses Pulver, das längere Zeit einer Temperatur von 100° ausgesetzt werden kann, ohne dafs es sich verändert, nur mufs es vor Luftzutritt geschützt werden. Es widersteht den meisten Lösungsmitteln, nur heifse, verdünnte Alkalilösungen nehmen es langsam unter Hydrolyse des Eiweifskörpers auf.

Das Jodolen soll zwei grofsen, therapeutischen Indikationen genügen:

1. Es soll bei innerlichem Gebrauche ein vollwertiges Ersatzmittel der bisherigen Jodpräparate, besonders der Jodsalze, sein, jedoch ohne Erscheinungen von Intoxikation und Jodismus hervorzurufen.

2. Es soll bei äufserlicher Anwendung als ungiftiges und reizloses Antiseptikum wirken.

Das Resumé der Versuche des Verfassers mit Jodolen ist folgendes:

„Das Jodolen bei innerlicher Anwendung ist nicht das Mittel, die Jodalkalien von ihrer herrschenden Stellung in der Therapie der Syphilis zu verdrängen. Bei guter resorptiver Fähigkeit mangelt ihm die sichere und prompte Wirkung jener. Gleich jenen ruft es Erscheinungen von Intoxikation und Jodismus hervor.

Bei äufserlicher Anwendung hat es sich als gutes, reizloses Antiseptikum bewährt."

III. **Über die Lagerung der Gonokokken im Trippersekret**, von Alfred Lanz-Moskau. Das Resultat seiner diesbezüglichen Untersuchungen giebt der Verfasser in folgenden Schlufssätzen wieder:

1. Die vorwiegend extra- oder intracelluläre Anordnung der Gonokokken im Trippersekret hängt hauptsächlich von der Art der Gewinnung desselben ab. Wird das Sekret durch stärkeres Ausdrücken gewonnen, so erhält man stets extracelluläre Gonokokkengruppen. Dieses wird immer der Fall sein, wo das Sekret nur gering ist, also im Beginn und im Endstadium einer akuten Blennorrhoe, kurz nach dem Urinieren u. s. w.

2. Eine Trennung der akuten Blennorrhoe auf Grund mikroskopischer Sekretuntersuchungen in zwei Kategorien, in eine mit intracellulärer und eine zweite mit extracellulärer Gonokokkenlagerung entspricht nicht den Thatsachen, denn man kann je nach der Art der Gewinnung des Sekretes bei demselben Patienten zu gleicher Zeit Präparate mit vorwiegend intracellulärer, wie auch umgekehrt mit vorwiegend extracellulärer Lagerung der Gonokokken herstellen.

3. Irgend welche prognostische Bedeutung kommt also dieser oder jener Anordnung der Gonokokken im Sekret an sich nicht zu.

4. Die extracelluläre Lagerung der Gonokokken an sich kann keinesfalls als Kontraindikation für eine lokale Behandlung des Trippers angesehen werden.

IV. **Ein Beitrag zur Therapie und Ätiologie des Lichen chronicus circumscriptus hypertrophicus (Lichen ruber verrucosus, Lichen corneus)**, von Josef Schütz-Frankfurt a. M. Der Verfasser wirft einen Rückblick auf die einschlägige

Litteratur, bespricht die Diagnose der seltenen Hautaffektion und beschreibt dieselbe nach den von ihm selbst beobachteten und behandelten Fällen folgendermafsen: Die Affektion lokalisiert sich fast ausschliefslich am Unterschenkel und zwar am mittleren Drittel der inneren Platte der Tibia, longitudinal von oben nach unten in langgestreckten, wulstförmigen Herden sich ausdehnend, in der Breite nach der Wade zu bis an die gut kenntliche Vena saphena heranreichend. Die Plaques stellen rundliche, bohnenförmige, längliche, walzenförmige Cutisinfiltrationen dar, von oft tumorähnlicher, beträchtlicher Erhebung über das Hautniveau, von roter, an älteren Stellen braunroter, blauroter Farbe, mit glänzender, mäfsig abschilfernder Oberfläche und vollkommenem Schwund der Haare. In allen Fällen war heftiges Jucken vorhanden. Die Patienten, zumeist Männer, standen im mittleren Lebensalter, zeigten einen mäfsigen Ernährungszustand, starke Lanugobehaarung und vortretende oder variköse Venen der Beine. Einige Patienten führten die Entstehung der Gebilde auf eine Verletzung (Hufschlag, Stofs) mit nachfolgendem lokalen Juckreiz zurück.

Was die Behandlung betrifft, so hat Verfasser von operativen Eingriffen (Exstirpation, Auskratzungen mit dem scharfen Löffel, Ätzungen) den raschesten und besten Erfolg gesehen. Für die sicherste, angenehmste und in jeder Beziehung praktischste Therapie hält Verfasser die Ätzung des Lichen chronicus circumscriptus hypertrophicus mit Quecksilber-Arsenpflastermull (Beiersdorf No. 18), wie er zur Beseitigung von Warzen dient. In etwa zehn Tagen bewirkt derselbe unter mäfsigen Schmerzen eine Gangränescierung der Infiltrate. Unter essigsauren Thonerde- oder Borwasserumschlägen werden in weiteren 8—14 Tagen die gangränösen Stellen durch Eiterung losgestofsen. Es zeigen sich dann tiefe Defekte, jedoch mit gänzlicher Schonung der gesunden Haut. Die Abheilung geschieht je nach der Ausdehnung der Substanzverluste in 2—3 Wochen am besten unter Bleipflastermull (Beiersdorf No. 38) oder ganz frischem, gut klebenden Borpflastermull.

Unter vier auf diese Weise geheilten Fällen des Verfassers befanden sich zwei, deren Lichennatur nicht durch den Nachweis von echten Lichenpapeln auf der Haut oder Schleimhaut bewiesen werden konnte.

V. **Über Atrophia idiopathica diffusa progressiva cutis im Gegensatze zur senilen Atrophie der Haut,** von Alfred Huber-Budapest. Die idiopathische Hautatrophie ist bisher in zehn Fällen beobachtet und mitgeteilt worden. Verfasser fügt zu dieser Zahl die Krankengeschichte eines elften Falles hinzu. Derselbe betrifft eine 75jährige Frau, die am 21. September 1898 auf die Abteilung für Hautkrankheiten des St. Stephanspitals in Budapest mit Hauterscheinungen aufgenommen wurde, welche teilweise dem klinischen Bilde einer Dermatomykosis marginata entsprachen, seit zwei Wochen bestanden und den gröfsten Teil der Körperoberfläche einnahmen. Gleichzeitig war eine hochgradige Hautatrophie vorhanden, welche sich von der Ansatzstelle des Deltoides hinunter bis zur Basis der zweiten Phalanx der Finger erstreckte. Die Haut an den befallenen Armen ist stark verdünnt, welk, trocken, zumeist blafs, seltener bläulichrot oder livid verfärbt und bildet zahlreiche sehr feine Runzeln. Wie Cigarettenpapier (nach Pospelow) läfst sich die Haut zerknittern. Der rechte Arm ist stärker als der linke befallen. Über der erkrankten Hautoberfläche ist eine feine, kleienartige Desquamation und eine auffallende Verminderung der Haare zu beobachten. Die Haut des Rumpfes zeigt das Bild der senilen Atrophie.

Behufs histologischer Untersuchung wurden Hautstückchen mit idiopathischer und solche mit seniler Atrophie excidiert. Die Befunde werden ausführlich mitgeteilt und vergleichshalber nebeneinander gestellt.

Atrophia idiopathica.	Atrophia senilis.
1. Die Hornschichte verläuft mehr oder weniger horizontal, ihre Oberfläche ist aufgefasert, die einzelnen Schichten sind an vielen Stellen dissociiert.	1. Die Hornschicht hat mehr oder weniger einen wellenförmigen Verlauf; ihre Oberfläche ist ganz glatt.
2. Die Malpighische Schicht ist in ihrem ganzen Verlauf beinahe überall gleichwertig dünn; eine interpapilläre Struktur ist entweder gar nicht oder höchstens nur in Spuren vorhanden. Die Cylinderschicht fehlt an vielen Stellen. Das Pigment ist zwar mäfsig vermehrt, kann aber nirgends in höherem Mafse angetroffen werden.	2. Die Malpighische Schicht ist teils dick, teils dünn, wie unter normalen Verhältnissen; die charakteristische wellenförmige Struktur ist überall vorhanden; die Cylinderschicht fehlt nirgends; das Pigment ist in der Cylinderschicht überall in hohem Mafse vermehrt.
3. Die Keratohyalinschicht ist an vielen Stellen bedeutend verdünnt; die einzelnen Zellen sind aufserordentlich dünn, an anderen Stellen wieder haben sie aber ihre normale Dicke beibehalten.	3. Die Keratohyalinschicht ist überall normal; die einzelnen Zellen sind fett.
4. Das Bindegewebe im Corium färbt sich schlecht nach van Giesons Methode.	4. Das Corium im Bindegewebe ist nach van Giesons Methode überall gleichmäfsig intensiv gefärbt.
5. Drüsen sind nur spärlich, Haarfollikel äufserst selten vorhanden. Fettgewebe ist nur an wenigen Stellen sichtbar. Gröfsere Infiltrate sind überall, besonders aber um die Blutgefäfse sichtbar.	5. Drüsen und Haarfollikel sind überall in normaler Zahl vorhanden. Fettgewebe ist überall sichtbar. Nur hier und da sind kleine Zellinfiltrate vorhanden.
6. Die Zahl der Blutgefäfse ist überall vermehrt; das Lumen klafft.	6. Die Zahl der Blutgefäfse ist nicht verändert.
7. Das Corium ist in toto verdünnt.	7. Das Corium ist in toto verdünnt, aber bei weitem nicht so intensiv, wie bei der idiopathischen Atrophie.
8. Die Zahl der elastischen Fasern ist überall bedeutend vermindert, an einigen Stellen fehlen sie vollkommen.	8. Die Zahl der elastischen Fasern ist überall vermindert, aber nicht so hochgradig, wie bei der idiopathischen Hautatrophie.

Die Ergebnisse seiner Untersuchungen rekapituliert Verfasser wie folgt:

„Die diffuse, idiopathische Hautatrophie ist eine Hautkrankheit, welche sich histologisch in vieler Hinsicht von der senilen Hautkrankheit unterscheidet; sie ist hingegen an den atrophischen Stellen der Epidermolysis hereditaria bullosa aufserordentlich verwandt.“ Den Krankheitsprozefs kann man sich folgendermafsen vorstellen: „Im Corium bildet sich ein Infiltrat, welches einesteils auf die elastischen und Bindegewebselemente, andererseits auf die Adnexe einen Druck ausübt, infolgedessen die genannten Elemente zuerst atrophisieren und späterhin ganz zu Grunde gehen; aufserdem drückt das Infiltrat auch die Malpighische Schichte, besonders aber die Cylinderzellenreihe, nach deren Zerstörung das Infiltrat in die höheren Zellreihen des Rete eindringt und auch letztere zerdrückt, um sie endlich zu zerstören.“

V. **Ein Fall von Cystitis bei einem zweijährigen Kinde**, von Jacob Halpern-Warschau. Nach Escherich (1894) und Trumph (1897) ist die Cystitis bei kleinen Kindern keine so seltene Erkrankung als man bisher geglaubt hatte. Die beiden

Autoren beobachteten zusammen 28 Fälle, von denen die meisten durch Krankheiten anderer Organe kompliziert waren.

Der Verfasser ist in der Lage über einen Fall zu berichten, bei welchem die Cystitis ohne eine solche Komplikation auftrat. Es handelte sich um ein 2¼ Jahre altes, gut entwickeltes, mittelmäfsig genährtes Mädchen, zu dem Verfasser am 29. Januar 1900 gerufen wurde. Das Kind litt seit einer Woche an vermehrtem Harndrang und Schmerzen in der Blasengegend. Seit 24 Stunden war Harnverhaltung eingetreten. Das Kind sah leidend aus, fieberte, die Harnblase stand fast bis zum Nabel. Feuchtwarme Umschläge auf den Bauch und ein lauwarmes Vollbad beseitigten rasch die Retentio urinae, ohne dafs es nötig war den Katheter zu gebrauchen. An den Genitalien war sonst nichts Abnormes zu finden.

Die mikroskopische Untersuchung des Sediments des gesammelten Urins ergab a) sehr reichliche schleimig-eitrige Körperchen einzeln und haufenweise; b) hier und da zwischen ihnen rote Blutkörperchen; c) platte Epithelien der Harnwege; d) etwas Schleim und Fäulnisbakterien. Die genaue Untersuchung des Kindes ergab in den inneren Organen nichts Pathologisches. Es handelte sich also im vorliegenden Falle um eine idiopathische Cystitis.

Da die Schmerzen beim Urinlassen nicht nachliefsen, so wurde am 1. Februar eine Instillation von ½ g einer Argent. nitricum-Lösung (1 %o) gemacht. Die Schmerzhaftigkeit beim Urinieren verminderte sich und der Urin wurde viel klarer. Nach der zweiten Instillation (2 %o Argent. nitr.) am 3. Februar hatte die Schmerzhaftigkeit wie der Harndrang weiter abgenommen. Obwohl durch die Verordnungen eines anderen Arztes in Abwesenheit des Verfassers am 5. Februar wieder eine Verschlimmerung eintrat, so führten feuchtwarme Umschläge auf die Blasengegend und eine am 7. Februar vorgenommene dritte Instillation von 2 %o Argent. nitricum innerhalb von drei Tagen vollständige Heilung herbei. Am 10. Februar erwies sich der Harn vollkommen klar, das Kind fieberfrei und gesund.

In ätiologischer Beziehung spielen bei der Cystitis der Kinder, so auch im vorliegenden Falle, Erkältungen zweifellos eine wichtige Rolle, wenn auch damit die Bedeutung der Mikroorganismen für die Entstehung des Blasenkatarrhs nicht geleugnet werden soll. *C. Berliner-Aachen.*

Centralblatt für die Krankheiten der Harn- und Sexualorgane.

Band 11, Heft 4.

Weitere Beobachtungen über den Katheterismus der Ureteren, von M. Kreps. Um die praktische Bedeutung des Ureterenkatheterismus für die Diagnose ins rechte Licht zu stellen, berichtet Verfasser über drei von ihm beobachtete Fälle. Bei dem ersten Falle handelte es sich um einen schwer erkrankten 41jährigen Mann, dessen Hauptklagen erhebliche allgemeine Schwäche, Sehstörungen und Erbrechen betrafen; im Urin fand sich Eiweifs, weifse und rote Blutkörperchen. Links palpierte man einen beweglichen, empfindlichen Körper von höckeriger Oberfläche, der als die event. maligne degenerierte Niere imponierte; die rechte Niere war deutlich vergröfsert, mit glatter Oberfläche zu fühlen; es wurde die Nephrektomie der linken Niere in Aussicht genommen, falls die rechte sich als gesund erwies; der Ureterenkatheterismus ergab aber, dafs der von der rechten Niere abgesonderte Urin bedeutend mehr Eiweifs enthielt, als der der linken; somit unterblieb die Operation, und bei der Sektion fand man beide Nieren erheblich cystisch degeneriert.

Der zweite Fall betraf eine 27jährige Frau, bei der einige Tage nach einer stattgehabten normalen Geburt Urin durch die Scheide abging. Die Untersuchung

ergab, dafs der Urin aus dem äufseren Muttermund heraustäufelte. Die cystoskopische Untersuchung zeigte neben dem linken Orificium uretericum eine 2 mm messende Vertiefung; durch diese liefs sich eine Sonde einführen, die schliefslich durch den äufseren Muttermund zum Vorschein kam, während der in den Ureter eingeführte Katheter normalerweise Urin entleerte.

Der dritte Patient, ein 52jähriger Herr, litt seit zwei Jahren zeitweise an Hämaturie, ohne dafs man den Sitz der Blutung feststellen konnte. Der vorgenommene Ureterenkatheterismus ergab aus beiden Ureteren hellen, klaren Urin; dagegen zeigte die cystoskopische Untersuchung aufser mäfsiger Vergröfserung der Prostata am Blasenhals stark erweiterte, mit Knoten versehene Venen, Blasenhämorrhoiden; einer dieser Knoten blutete deutlich.

Über die Zulänglichkeit der Beleuchtung bei verschiedenen Urethroskopen, von J. Kiss. Verfasser hat die verschiedenartigsten Urethroskope auf ihre Beleuchtungsintensität geprüft und kommt zu dem Schlufs, dafs dem Nitze-Oberländerschen Urethroskop in Bezug auf Lichtstärke kein anderes Instrument gleichkommt. Auch die Gleichmäfsigkeit der Beleuchtung ist bei diesem Instrumente die bestmögliche, während eine gleichmäfsige Beleuchtung bei allen Instrumenten mit reflektiertem Lichte überhaupt unmöglich ist. *F. Hahn-Bremen.*

Dermatologische Zeitschrift.

Band 7, Heft 2. 1900.

I. **Untersuchungen über die histologischen Veränderungen der Haut bei akuten Exanthemen**, von Max Beer-Berlin. Verfasser hat auf Veranlassung von Prof. Hansemann die Haut von Patienten, welche an Scharlach oder Masern gestorben waren, untersucht, um, wenn möglich, charakteristische Unterscheidungsmerkmale festzustellen. Nach derselben Richtung hin wurde auch ein Fall von sogenanntem Spritzexanthem untersucht. Im ganzen waren es 24, darunter 16 mit Scharlach, 7 mit Masern, 1 mit Spritzexanthem. Unter letzterem, das auch „Serumexanthem" heifst, versteht man eine krankhafte Veränderung der Haut, die häufig nach Einspritzung von Diphtherieheilserum auftritt. Es erinnert makroskopisch meistens an Urticaria oder Scharlach, seltener an Masern und verschiedene Erythemformen.

Der Verfasser teilt im folgenden ausführlich die histologischen Befunde mit. Dieselben stimmen mit denen Unnas, dem wir die exakteste Beschreibung der akuten Exantheme verdanken, fast genau überein.

Die Resultate der vorliegenden Arbeit werden in folgenden Schlufssätzen zusammengefafst:

1. Bei Scharlach zeigt die Haut im allgemeinen Hyperämie und Faltung der Oberfläche bei kontrahierter Cutis, bei Masern Ödem in Subcutis und Cutis, doch kommen auch Fälle von Scharlach mit Ödem und solche von Masern mit Hyperämie und Faltung der Oberfläche vor.

2. Das Spritzexanthem kann makroskopisch wie histologisch mit Scharlach grofse Ähnlichkeit zeigen, sowie das für Masern charakteristische Ödem aufweisen.

3. Eine exakte Differentialdiagnose zwischen Masern, Scharlach und Spritzexanthem ist aus den pathologisch-anatomischen Veränderungen der Haut, nach dem heutigen Stande unserer Kenntnisse, nicht zu stellen.

II. **Über einen Fall von „Impetigo herpetiformis beim Manne"**, von L. H. Pollock-Berlin. Aus der sehr ausführlich mitgeteilten Krankengeschichte, welche einen 40jährigen Uhrmacher betraf, geht hervor, „dafs es sich um eine hauptsächlich die Genitokruralgegend einnehmende Affektion handelte, bestehend aus

gruppen- und reihenweis angeordneten, auf geröteter Grundlage aufschiefsenden Pusteln. Der Krankheitsprozefs selbst schreitet nach der Peripherie fort und ist von schweren Allgemeinerscheinungen (Fieber, Ascites, Hydrops, Purpura) begleitet." Die erste Lokalisation der Krankheitserscheinungen waren das Präputium und Skrotum. Die Efflorescenzen waren stecknadelkopf- bis linsengrofse Pustelchen auf geröteter Basis, vereinzelt von einem roten Hals umgeben. Durch Konfluenz wurden sie zu gröfseren Eiterblasen. Die Pusteln trockneten zu Borken ein, die nach 1—2 Tagen abfielen und meistens stark eiternde, schmutziggelbgrüne, übelriechende Flächen hinterliefsen.

Der Patient wurde nach 27tägiger Behandlung als geheilt entlassen. Er zeigte als Überbleibsel des Krankheitsprozesses in der Genitokruralgegend eigenartige, schmale oder ovale, vernarbte Substanzverluste von $^1/_3$—1 mm Tiefe.

Der Verfasser vergleicht seinen Fall mit denen in der Litteratur publizierten Fällen anderer Autoren.

Was die Ätiologie betrifft, so vermag auch er keinen Aufschlufs über den Krankheitserreger zu geben, glaubt aber, „dafs es sich vielleicht um einen septikämischen Prozefs handelt, der von einer bestimmten Infektionsstelle seinen Ausgang nimmt und auf metastatischem Wege zu den schweren Erscheinungen der Haut und meist zum Exitus letalis infolge von Erkrankung lebenswichtiger Organe führt."

III. **Über die Anwendung des Neutralrots zur Gonokokkenfärbung**, von Paul Richter-Berlin. (Vergl. Referat hierüber in *Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. 30, No. 9.)

IV. **Die Nierensyphilis**, von J. J. Karvonen. Verfasser bespricht im vorliegenden Teile seiner Arbeit die Diagnose und Therapie der chronischen syphilitischen Nephritis, ferner die chronische indurative und narbige Nephritis, sodann die pathologische Anatomie und Pathogenese derselben. Eine Reihe von Krankengeschichten, sowie eine tabellarische Zusammenstellung der sicheren, wie unsicheren, in der Litteratur publizierten Fälle von Nierensyphilis dient zur Illustration des Gesagten. (Fortsetzung folgt.)

V. **Lepra und Isolierung in den Niederländisch-Ostindischen Kolonien von 1657 bis zum Anfang des 19. Jahrhunderts**, von F. Broes van Dort-Rotterdam. Die ersten Leprösen auf Batavia werden in Ten Rhynes bekannter Arbeit erwähnt. Sie datieren aus dem Jahre 1657. Die für diese Zeit wichtigsten Dokumente sind ein von van Dorssen aufgefundenes „Dagh Register" und das von van der Chijs bearbeitete „Nederlandsch-Indische Plakkaatboek". Das letztere enthält die von 1602—1811 von der ostindischen Regierung ausgeschriebenen Resolutionen, Vorschriften, Verordnungen, Verhaltungsmafsregeln in chronologischer Reihenfolge. Wir entnehmen diesem „Plakkaatboek", dafs die erste Leproserie im Jahre 1667 auf dem Wege nach Angké, am Westende der Stadt Batavia, errichtet wurde, dafs dort die Leprösen zumeist zwangsweise interniert wurden. Nur in einzelnen Fällen wurde das Leprosorium freiwillig aufgesucht. Die für den Aufenthalt in de Anstalt erlassenen Vorschriften „Instructie" (Instruktionen) sind zwar streng aber nicht inhuman. Die Patienten sind nicht erbarmungslos der Willkür der Beamten preisgegeben.

Da die Leproserie zu Angké etwas zu nahe dem bewohnten Stadtviertel und für dieses nicht ohne Ansteckungsgefahr war, so wurden später die Leprösen trotz heftigen Sträubens nach der Insel „Purmerend", etwa 5 km von der Insel Java, aufserhalb der Rhede von Batavia liegend, überführt.

Von besonderem Interesse ist das bereits erwähnte „Dagh Register". Es enthält eine Liste mit den Namen der zur Zeit in der Anstalt untergebrachten Kranken und

eine kurze Beschreibung der Krankheitserscheinungen. Wir finden unter den Patienten auch mehrere Syphilitiker. Es seien hier einige Nummern aus dieser Liste vom Jahre 1682 wörtlich angeführt.

No. 1. Jan Jansen Jan Var ist ohne Zweifel infiziert, da er eine fast totale Abzehrung der Muskeln, Kontraktur der Nerven mit „Taubhaut oder Gefühllosigkeit« bei Kontakt und Schwellung der Beine hat, die mit kleinen bösartigen Geschwüren bedeckt sind. Tumoren oder bösartige Knoten fehlen. Der Kranke war seit fünf Jahren in der Kur gewesen.

No. 2. Gonan (Chinese) hat durch die „hierlandse Lazernyen" die meisten seiner Finger und Zehen verloren, hat Gefühllosigkeit in diesen Teilen, hat sonst keine Geschwülste oder Flecken. Nadelstiche werden nicht gefühlt, was ein unfehlbares Zeichen der Infizierung ausmacht.

No. 3. Andries aus Siam ist überall infiziert, hat viele und grofse Knoten im Gesicht und wird unter denjenigen geachtet, die selten oder niemals heilen.

No. 4. Anthony Alois aus Bali ist infiziert, fast ganz ohne Gefühl an den Füfsen; die meisten Handmuskeln sind verschwunden (atrophiert), obwohl sonderbarerweise jeder bösartige Hautknoten fehlt; der linke Fufs ist jedoch stark angeschwollen, violettfarbig; die Sprache ist näselnd, was die „Lazarye" (Lepra) mit den „Vnylpocken" (Syphilis) gemein hat.

No. 7. Jan Jans Smit ist infiziert, hat bösartige Anschwellung des Gesichts und der Füfse, mit Ulcerationen an den Zehen, jedoch keine Knoten, sodafs er nicht ohne Hoffnung ist, geheilt zu werden.

No. 8. Joanna ist von „Venuskrankheit" (Syphilis) abscheulich verstümmelt, hatte eine eingefallene Nase (Sattelnase), dazu eine Perforation des weichen Gaumens; „ist dadurch nicht wohl heilbar".

No. 10. Badong von Baley ist absolut infiziert, mit Knoten im Angesicht, Auszehrung der Muskeln an Händen und Beinen, Kontraktur einiger Zehen.

No. 13. Isaac Pieters ist infiziert, zeigt bösartige Knoten im Angesicht, angeschwollene Füfse, Abzehrung der Handmuskeln, mit wenigen Geschwüren, aber mit gedehnter, glänzender Haut an den infizierten Teilen. Näselnde Sprache. Krank seit sieben Jahren. Etc. etc.

Die Muskelatrophie ist in den beschriebenen Fällen der Liste eine sehr häufige Erscheinung.

Aus van Dorssens „Dagh Register" geht ferner hervor, dafs auf der Insel „Purmerend" von 1689—1714 alljährlich zwischen 106—165 Lepröse Aufnahme fanden. Gegen Ende des 17. Jahrhunderts war die Lepra in Niederländisch-Ostindien stark verbreitet, nahm im 18. Jahrhundert teils durch die strenge Isolierung der Patienten, teils durch den Rückgang der Stadt Batavia an Einwohnerzahl, wie auch im Handelsverkehr bedeutend ab, blieb dann ein halbes Jahrhundert stationär und ist seit den letzten 30 Jahren wieder in stetiger Zunahme begriffen. (Fortsetzung folgt.)

C. Berliner-Aachen.

The British Journal of Dermatology.

Band XII. April 1900.

Beiträge zum Studium verschiedener Hautkrankheiten, von Leslie Roberts-Liverpool. 1. Oberflächliche Hautmyomata. Der Verfasser stellt in kurzen Auszügen diejenigen Fälle von Hautmyomen zusammen, welche seit der im Jahre 1897 von R. Crocker publizierten Arbeit über „Myoma multiplex der Haut" veröffentlicht worden sind. Sodann beschreibt er einen Fall aus seiner eigenen Praxis. Derselbe betrifft ein 18jähriges Mädchen, welches auf der rechten Seite des Gesichtes, gerade

vor dem Ohre eine Gruppe von kleinen, stecknadelkopfgroſsen, harten, glatten, flachen, teils blassen, teils rosaroten, sich etwas elastisch anfühlenden Tumoren zeigte. Als Verfasser die Patientin im Jahre 1894 zum ersten Male sah, stellte er keine bestimmte Diagnose. Von Crocker, der sie später beobachtete, wurde Verfasser auf die Diagnose Hautmyome aufmerksam gemacht. Im Jahre 1898 kehrte die Patientin nach Liverpool zurück und wurde vom Verfasser mit Elektrolyse behandelt. Ein Tumor wurde behufs mikroskopischer Untersuchung excidiert. Ein Wiederwachsen der durch Elektrolyse beseitigten Tumoren fand nicht statt, dagegen schossen noch einige frische hervor. Das Leiden verursachte der Patientin nur bei feuchtkaltem Wetter etwas stechende Schmerzen. Was die histologischen Befunde betrifft, so bestand der Tumor aus Bündeln glatter Muskelfasern, welche die Cutis nach verschiedenen Richtungen hin durchquerten und mit weifsen und elastischen Fasern verwebt waren. Die Epithelzapfen waren gröfstenteils verschwunden; die perinukleären Räume waren in vielen Stachelzellen deutlich vergröfsert. Drüsen fanden sich in den Schnitten nicht. Anhaltspunkte für den Ursprung des Gewächses boten die Präparate nicht. Die Hypertrophie der farblosen Lanugohaare in der unmittelbaren Nachbarschaft der Tumoren deuten darauf hin, dafs der Ausgang eines Gewächses vielleicht in den Arrectores pilorum zu suchen ist, wie auch Herzog und Audry annehmen.

2. Sclerodermia bei einem Kinde infolge einer Verletzung mit Ausgang in Kontraktion des rechten Zeigefingers. Das zweijährige Kind war an eine Fensterkante gefallen und hatte sich hierbei am Abdomen verletzt. Einige Wochen später erschien die Haut an der betreffenden Stelle verhärtet. Im Laufe der nächsten zwei Jahre dehnte sich die Affektion weiter aus, ergriff die rechte Schulter, Arm und Finger derselben Seite.

3. Hypertrophie des Armes, Vorderarmes und der Hand im Anschlufs an Ulcerationen auf der letzteren. Etwa 2½ Jahre, bevor die ersten Anzeichen der Hypertrophie bei der jungen Frau sich zeigten, bemerkte die Patientin beim Aufstehen des Morgens Bläschen an den Fingern der linken Hand. Sie waren in der Nacht, ohne Schmerzen zu verursachen, entstanden. Die Bläschen barsten, entleerten ihren Inhalt und hinterliefsen Geschwüre, welche erst nach Monaten abheilten. Seit jener Zeit begannen Oberarm, Vorderarm und Hände hypertrophisch zu werden. Die Muskeln scheinen nicht an der Hypertrophie teil zu nehmen. Verfasser glaubt, dafs es sich um eine Pseudohypertrophie handele.

4. Einige Gründe für die Wiederkehr des Lupus nach Kauterisationen. Der Verfasser glaubt, dafs man bei der Behandlung des Lupus bessere Heilresultate erzielen und weniger Recidive erfahren würde, wenn man vor der Kauterisation durch therapeutische Mafsnahmen zunächst die Haut in einen möglichst guten Zustand versetzen würde. Denn wie Brandwunden, welche eine gesunde Haut treffen, besser heilen, als solche, welche einer erkrankten Haut geschlagen werden, so verhält es sich ähnlich mit den Kauterisationen beim Lupus. Nach dem Vorschlage von Brooke soll man besonders das Quecksilber lokal anwenden. Verfasser rät auf Grund seiner Erfahrungen sowohl vor wie nach der Kauterisation Merkur zu gebrauchen. Die Wirkung ist zuweilen wunderbar. In mehr als einem Falle hat Verfasser die Lupusknötchen unter dem Einflusse des Quecksilbers verschwinden sehen, sodafs die Kauterisation nicht mehr nötig war. Man soll deshalb mit der letzteren nicht zu voreilig eingreifen und auf alle Fälle erst durch Applikation von Quecksilber Besserung des Zustandes der tuberkulösen Haut abwarten. Wenn man dann den Thermokauter gebraucht, dann geschehe es gleich gründlich und erstrecke sich auf die ganze erkrankte Partie. Nur in der Augengegend verfahre man etwas sanfter,

damit kein Ektropion entstehe. Die Nachbehandlung ist von grofser Wichtigkeit. Wenn die Wunden geheilt sind, dann appliziere man wieder Quecksilberpflaster.

5. Einige vergleichende Beobachtungen über das Epithel verschiedener niederer Tiere. Der Verfasser zeigt zunächst, wie wertvoll solche vergleichenden histologischen Untersuchungen auch für den praktischen Arzt sein können und teilt dann die histologischen Befunde mit, die er bei der Untersuchung der Schlange, des Regenwurms, der Schnecke, der amerikanischen Auster, des Frosches, der Ratte u. a. erhalten hat. *C. Berliner-Aachen.*

Journal of cutaneous and genito-urinary diseases.

Band 18. April 1900.

I. **Beitrag zur Histogenese des Melanosarkoms der Haut,** von Alfred Schaleck-Chicago. Der Verfasser rekapituliert zunächst aus der Litteratur den Standpunkt, welche einige hervorragende Autoren, insbesondere Unna und Ribbert, in der Frage der Histogenese des Melanosarkoms einnehmen, und teilt dann die Resultate seiner eigenen, an fünf Fällen angestellten Beobachtungen mit. Zwei dieser Fälle waren Pigmentnaevi, zwei Melanosarkome der Haut, einer ein Melanosarkom der Nasenschleimhaut. Von den excidierten Tumoren wurden Serienschnitte angelegt und nach verschiedenen Methoden, wie Hämatoxylin-Eosin-, van Giesens, Weigerts Methode gefärbt.

Der Verfasser beschreibt im folgenden ausführlich die histologischen Befunde. Bezüglich der Histogenese des Melanosarkoms der Haut scheint es, dafs der Standpunkt den Unna und mit ihm andere Autoren einnehmen, der richtige sei. Das Melanosarkom der Haut entwickelt sich aus pigmentierten Epithelialzellen der Epidermis; diese Zellen wuchern in das Bindegewebe hinein und werden gänzlich von der Epidermis losgelöst. Im weiteren Verlaufe der Proliferation verlieren diese Zellen ihren epithelialen Charakter und nehmen den gewöhnlicher Bindegewebszellen oder den Charakter der eigentümlichen, pigmentierten, als Chromatophoren bekannten Zellen an. Dafs Epithelialzellen eine derartige Metaplasie unter pathologischen Zuständen durchmachen können, ist nicht unwahrscheinlich, seitdem L. Loeb experimentell nachgewiesen hat, dafs solch eine Veränderung Platz greifen kann, wenn Epithelien im Bindegewebe implantiert werden.

II. **Bemerkungen über maligne Tumoren,** von B. H. Buxton. Aus seinen Betrachtungen zieht der Verfasser folgendes Resumé:

1. Die Carcinome enthalten ein Bindegewebsstroma, das als eine Konsequenz der Reaktion, welche die Parasiten beim Eindringen der Epithelialzellen in ihren Bereich zeigen, angesehen werden kann.

2. Ihr Wachstum ist nicht behindert, weil die Zellen auch in den neugebildeten Lymphräumen des Stromas sich vervielfältigen können.

3. Die Sarkome für gewöhnlich enthalten kein Bindegewebsstroma und entbehren der alveolären Anordnung, wie man sie bei den Carcinomen beobachtet. Eine Reaktion gegen die Invasion scheint hier nicht stattzufinden, weil gerade diejenigen Zellen, welche am ehesten berufen wären die Vertheidigung zu übernehmen, selbst die Angreifer sind.

4. Die Sarkome enthalten zahlreiche Blutgefäfse, weil diese immer Massen unreifer Bindegewebszellen durchsetzen.

5. Gewisse Sarkome enthalten ein Bindegewebsstroma, weil die Zellen, welche sie zusammensetzen, nicht gewöhnliche Bindegewebszellen sind.

6. Die Tumoren, welche ein Bindegewebsstroma enthalten, bilden Metastasen

auf dem Wege der Lymphbahnen, weil die neugebildeten Lymphräume, in welchen ihre Zellen wachsen, mit den regelmäfsigen Lymphbahnen kommunizieren können.

7. Tumoren, welche kein Bindegewebsstroma enthalten, bilden Metastasen auf dem Wege der Blutgefäfse, weil die Zellen leicht durch die unreifen Wände durchbrechen können, wenn Lymphräume nicht vorhanden sind.

III. **Eine neue urethrale Instillationsspritze,** von Angus Mc Lean-Detroit. Dieselbe hat den Zweck ein geeignetes Quantum einer Kokainlösung an eine empfindliche Stelle der Harnröhre zu plazieren, um das Sondieren oder das Injizieren starker Lösungen schmerzlos zu machen.

Die Spritze besteht aus einem konisch endenden, 6½ Zoll langen, soliden Glascylinder, dessen oberer, etwa 2½ Zoll langer Teil ein etwas weiteres Lumen hat und graduiert ist. Der Glascylinder enthält im Innern einen kleinen Kanal von der Gröfse einer Pravazschen Nadel. Die Mündung dieses Kanals fällt mit dem konischen Ende des Glascylinders zusammen, resp. befindet sich im Centrum desselben. Das obere Ende des Glascylinders ist, wie bei den Pravazschen Spritzen, von einer Hartgummieinfassung umgeben und läuft schliefslich in einen zwiebelförmigen Gummiballon aus. Die Spritze läfst sich mit Leichtigkeit desinfizieren und auch zur Applikation von minimalen Dosen starker Lösungen brauchen. Die Firma J. F. Hartz Co. in Detroit (Michigan) fertigt sie an. *C. Berliner-Aachen.*

Journal des maladies cutanées et syphilitiques.

1900. Heft 3.

Herpes tonsurans mit kleinen Sporen (Mikrosporon Audouini) bei einem Kind. Ausbreitung über die unbehaarte Haut, von Henri Malherbe-Nantes. In diesem Falle, der ein 5jähriges Mädchen betraf, dehnte sich der Herpes tonsurans während der Behandlung über die ganze Körperhaut aus und verschonte selbst den Fufsrücken nicht. Seine Beseitigung erforderte über einen Monat Zeit. Die mikroskopische Untersuchung der Haare, der Schuppen, der hergestellten Kulturen liefs keinen Zweifel, dafs man es wirklich mit dem Mikrosporon Audouini zu thun habe. Ein ähnlicher Fall ist nach Wissen des Verfassers bis jetzt noch nicht zur Beobachtung gekommen.

Sind die Bordelle vom ärztlichen Standpunkt aus empfehlenswert? von L. Le Pileur. Dieser Artikel zieht sich durch mehrere Hefte hin.

Türkheim-Hamburg.

Bolletino delle malattie veneree, sifilitiche e della pelle.

1900. No. 4.

Klinische und bakteriologische Betrachtungen über den Abscefs der Bartholinischen Drüsen, von d'Amato. Auf Grund seiner eigenen Untersuchungen und gestützt auf eine Statistik von Colombini kommt Verfasser zu dem Resultate, dafs die Bartholinitis blennorrhoischen Ursprungs sein kann oder auch nicht. Sie bildet eine häufige Komplikation der Blennorrhoe beim Weibe und zwar besonders der akuten, weniger der chronischen Blennorrhoe. Bei letzterer beobachtet man sehr häufig die chronische Entzündung der Drüse, die sich in schleichender Weise einstellt und zu einer Vergröfserung der Drüsen führt. Der Eiter enthält den Gonococcus in Reinkultur oder mit anderen Mikroorganismen vergesellschaftet. Wie dies Jadassohn empfohlen, ist es sehr empfehlenswert bei der Untersuchung der Prostituierten nicht allein das Sekret der Urethra und des Uterushalses bakteriologisch zu untersuchen

sondern auch dasjenige des Rektums und der Bartholinischen Drüsen, da ein mit chronischer Bartholinitis behaftetes Weib die Infektion übertragen kann. Die empfehlenswerteste Behandlung der akuten Bartholinitis besteht in teilweiser Exstirpation der Drüse, Auskratzen der Höhle und Tamponieren mit Gaze; eine Heilung per primam ist schwer zu erzielen. Bei chronischen Fällen ist am ratsamsten die ganze Drüse zu entfernen, in Anbetracht der histologischen Veränderungen der Drüsenwandungen.

Syphilis der Aorta als Ursache des Aneurysma, von Heller. Verfasser behauptet, auf Grund seiner Statistik, dafs die häufigste, wenn auch nicht ausschliefsliche Ursache des Aortaaneurysma eine syphilitische Aortitis sei. 85% seiner Fälle von Aneurysma der Aorta liefsen sich nämlich mit Sicherheit auf spezifische Infektion zurückführen. Mikroskopisch besteht die Läsion aus einer reichlichen Infiltration kleiner, grofser und Riesenzellen längs den Vasa vasorum mit nachfolgender mehr oder weniger ausgedehnter Zerstörung der Tunica media. Die jungen, zellenreichen Proliferationen gehen in skleröses, zellenarmes Gewebe über und man konstatiert Nekrose und Obliteration der Vasa vasorum, besonders in der Adventitia, die mehr oder weniger verdickt, retrahiert und steif sein kann. Die Intima wird sekundär in Mitleidenschaft gezogen.

1900. No. 5.

Die Präventivbehandlung der hereditären spermatischen Lues im Verlaufe der Schwangerschaft, von Fournier. Sobald ein Fötus in Gefahr ist väterlicherseits luetisch infiziert zu werden, so soll sobald wie möglich nach der Empfängnis die Mutter, auch wenn diese gesund geblieben ist, einer Quecksilberbehandlung unterzogen werden. Die bereits in dieser Richtung erzielten Resultate machen es einem Arzte zur Pflicht, in dieser Weise zu handeln. Die Art und Weise wie das Quecksilber dargereicht werden soll, richtet sich nach den individuellen und besonderen Umständen. *C. Müller-Genf.*

Bücherbesprechungen.

Die Lepra des Auges. Klinische Studien von Lyder Borthen, Augenarzt in Trondhjem. Mit pathologisch-anatomischen Untersuchungen von H. P. Lie, dirigierendem Arzt des Leprahospitals in Bergen. Mit 17 Textfiguren, 15 Lichtdruck- und 9 chromolithographischen Tafeln. (Wilhelm Engelmann, Leipzig 1899.) Ein umfangreiches Werk, welches Lyder Borthen und Lie den für die Lepra interessierten Ärzten vorlegen. Jedes andere menschliche Organ, welches von der Lepra befallen wird, ist wohl häufiger und eingehender untersucht worden, als gerade das Auge, über welches eine noch bequem zu übersehende, nur kleine Litteratur vorliegt. Es ist das um so bemerkenswerter, als die unzählige Opfer hinwürgende Krankheit von Jahr zu Jahr immer mehr Ärzte beschäftigt, welche klinisch und pathologisch-anatomisch gleich gut vorgebildet gerade in dem Auge ein so übersichtliches Feld für die Bearbeitung so mancher strittiger Punkte in der Lepraforschung finden könnten.

In dem Vorwort meint Borthen, dafs die Apathie der Leprösen, die Ungenauigkeit ihrer Angaben in Verbindung mit der Schwierigkeit, in Leprahospitälern die Erlaubnis für Leichenuntersuchungen zu bekommen, Schuld an dem mangelhaften Studium der Augenlepra seien. Dazu käme, dafs die Patienten Enucleationen gewöhnlich ver-

weigern. Als eine wirkliche Bereicherung der Litteratur ist daher das Werk von Borthen und Lie zu begrüfsen und das um so mehr, als Borthen aus seinen zahlreichen gewissenhaften Beobachtungen den Schlufs ziehen zu müssen glaubt, dafs der Arzt auch ohne spezifische Behandlung bei der Lepra des Auges therapeutisch nicht zu verzweifeln braucht.

„Es läfst sich in dieser Beziehung nach meiner Erfahrung viel erreichen, so z. B. bei dem bei der Makulo-Anaesthetikaform der Lepra so häufig vorkommenden Lagophthalmus und bei der diesen häufig begleitenden und im allgemeinen so zugänglichen Conjunctivitis. Ich weise ferner auf die epibulbären, oft so schmerzhaften Leprome hin; denn die Exstirpation desselben schafft oft Linderung. Schliefslich erwähne ich die bei beiden Formen der Lepra so häufig vorkommenden Uvealleiden, die in vielen Fällen auch durch eine symptomatische Behandlung günstig beeinflufst werden. Unerwähnt lasse ich in dieser Verbindung Iridektomieen zu optischen Zwecken und Operationen bei sekundären Leiden nicht.

„Auf Grund meiner Erfahrung bin ich der Meinung, dafs stets sachverständige Hülfe in den Leprahospitälern, deren Bestehen nun einmal eine Notwendigkeit ist, bei der Hand sein soll."

Die erwähnten Sätze sind das Ergebnis, das Borthen an der Hand der Beobachtung von insgesamt 456 Kranken gewonnen hat; 237 gehörten der makulo-anaesthetischen Form, 219 der tuberösen Form an. Nur 91 waren frei von Augenaffektionen. Die vier ersten Kapitel (die erste Abteilung der Arbeit von Borthen) enthalten vorwiegend statistische Angaben über die Verteilung der Kranken über die einzelnen Spitäler, über Alter der Kranken, über die Häufigkeit der Augenaffektionen in Hinsicht auf die Zeit ihres Auftretens bei beiden Formen der Lepra und bei den beiden Geschlechtern; weiter werden vergleichende Untersuchungen des Verhältnisses der Augenkrankheiten bei den beiden Formen der Lepra und bei beiden Geschlechtern angestellt, dann werden in gleichem Sinne beide Formen allein abgehandelt etc. etc. Bezüglich der Häufigkeit der Adnexaaffektionen sei hier erwähnt, dafs während ungefähr jeder mit Lepra tuberosa behaftete Patient und die meisten Weiber Adnexaffektionen haben, es eine ganze Anzahl nicht augenkranker makulo-anaesthetischer Patienten giebt. Aber bei allen Augenkranken der makulo-anaesthetischen Form fand B. Adnexleiden. „Die Summen der komplizierten und nicht komplizierten Adnexleiden geben nicht nur ein bestimmtes Bild der Schwere der Augenkrankheit der beiden Lepraformen, sondern beleuchten auch ihr Verhältnis zu dem Gesamtzustand des Körpers." Nach B. ordnet sich die Schwere der Augenaffektion nach folgenden „scharf abgegrenzten Stufen in aufsteigender Weise":

1. makulo-anaesthetische Frauen (leichteste Form),
2. makulo-anaesthetische Männer,
3. knotige Form bei den Frauen,
4. knotige Form bei den Männern (schwerste Form).

Die folgenden Kapitel behandeln dann auf über 100 Seiten die Art der Beteiligung der einzelnen Teile des Auges. Beide Formen der Lepra werden getrennt vorgenommen. Nach einander werden besprochen: Stirnmuskulatur, Supercilien, Cilien, Lagophthalmus paralyticus, Conjunctiva, Episklera und Sklera, Cornea, Uvea, Linse etc. etc. Den Lagophthalmus führt der Autor einerseits „auf eine die Gewebsteile beider Augenlider betreffende Atrophie" zurück, andererseits auf die stärkere Wirkung des Musc. levat. bei geschrumpftem und daher leichter zu hebenden Lid. Das Verhalten der Cilien und Supercilien interessiert vor allem den Dermatologen. Eine kritische Beleuchtung der Details steht nur dem Ophthalmologen zu.

Referent will jedoch die klare, uns keinen Zweifel an dem, was B. sagen will,

zurücklassende Darstellung hervorheben. 15 Lichtdrucktafeln mit insgesamt 30 Gesichtsaufnahmen von Leprösen und 6 künstlerisch vollendete chromolithographische Tafeln mit insgesamt 58 Einzeldarstellungen von Augen veranschaulichen den Text. Fast verschwenderisch hat der berühmte Verlag das Buch ausgestattet. Druck und Ausstattung sind tadellos.

Der pathologisch-anatomische Teil beschränkt sich auf 30 Seiten, von diesen entfallen speziell auf das Auge und Adnexa 20 Seiten. Lies Untersuchung mufste für Referent von besonderem Interesse sein, als er und Ernst Franke vor einiger Zeit eine gröfsere Untersuchung über die Lepra des inneren Auges abgeschlossen haben.[1] Die Resultate wurden bereits dem Utrechter Ophthalmologenkongrefs vorgelegt. In einem sehr wichtigen Punkte finden sich die Arbeiten in Übereinstimmung, nämlich in der Auffassung, dafs für die untersuchten Fälle die Infektion des Auges eine endogene war. Die Veränderungen in der Gegend des Corpus ciliare und des Iriswinkels stehen so im Vordergrund, dafs Lie für seine Person keinen Zweifel hegt, hier die Anfangstelle zu suchen. Klinisch ist übrigens Borthen zu gleichem Schlufs gekommen, dafs die Lepra des Auges häufiger intra- als extracellulär auftritt. Franke und Referent haben makulo-anaesthetische Fälle untersucht, in einem ihrer Fälle war trotz ungeschädigten Sehvermögens der Iriswinkel infiltriert und von Bacillen durchsetzt. Lie hat einen makulo-anaesthischen Fall untersucht, der auch eine grofse Anzahl von Bacillen im Auge trug, sonst Fälle der tuberösen Form. In den beiden parallel laufenden Arbeiten wird die Beteiligung der Ciliarnerven an der Verbreitung der Bacillen hervorgehoben.

Lie erwähnt bei den Retinaveränderungen nichts von einer mächtigen Hypertrophie der Stützfasern, welche in den Präparaten Frankes und des Referenten im Vordergrund stehen.

Bezüglich der vielen wichtigen Einzelangaben Lies mufs auf das Original verwiesen werden. Referent will nur noch im Hinblick auf den Teil, der den Adnexen gehört, bemerken, dafs in zahlreichen Punkten, soweit eben es sich um die Entwickelung einer Hautlepra handelt, Referent Lies Ansichten widersprechen möchte, abgesehen von dem prinzipiellen Standpunkt, den er in der Leprazellenfrage einnimmt. Das hindert aber nicht, dafs Referent aus Lies Darstellung vielfache Anregung geschöpft hat. Lies Arbeit wird durch die chromolithographische Wiedergabe von 18 Präparaten unterstützt.

(Auf Seite 174 in der Anmerkung mufs statt nervöse Infektion, nervöse Injektion gelesen werden.) *Ernst Delbanco-Hamburg.*

[1] Erscheint in *Gräfes Archiv.*

Mitteilungen aus der Litteratur.

Progressive Ernährungsstörungen.

Über die Infektiosität maligner Neubildungen, von G. B. Smith und J. W. Washborn. (*Wien. med. Blätter.* 1900. No. 2—5.) Verfasser besprechen den heutigen Stand der Theorien der Infektiosität der malignen Neubildungen auf Grund der bis jetzt gemachten klinischen und experimentellen Erfahrungen. Die Entstehung der

Tumoren aus irgend einem von Seite des Nervensystems ausgeübten Einflusse kann heute nicht mehr festgehalten werden; die embryonale Theorie von Cohnheim, die Entzündung oder Irritationstheorie, reichen auch nicht aus zur genügenden Erklärung. Positivere Beweise für die Infektiosität der Geschwülste liefern folgende klinische und experimentelle Beobachtungen, und zwar zufällige Inokulation bei demselben Individuum als auch Resultat eines operativen Eingriffes, Beobachtungen von Infektion eines Individuums durch ein anderes, experimentelle Inokulationen bei Menschen und Tieren. Nach Besprechung der Litteratur und der Parasitenlehre kommen Verfasser zu folgenden Schlüssen: 1. Maligne Geschwülste sind ihrem Ursprung nach als lokaler Natur anzusehen und als im Besitze der Fähigkeit der Infektion der benachbarten und entfernten Partien desselben Individuums. 2. Inokulation von einem Teile auf einen anderen desselben Individuums kann unabhängig von der Übertragung durch die natürlichen Kanäle platzgreifen. 3. Manche Gründe sprechen dafür, dafs ein Individuum durch das andere mit einer Geschwulst infiziert werden kann. 4. Experimentelle Beweise liegen dafür vor, dafs Neubildungen von einem Tiere auf ein anderes derselben Species durch Inokulation übertragen werden können. 5. In vielen malignen Tumoren wurden Körperchen gefunden, welche an Mikroorganismen erinnern und welche entweder als zu den Protozoen oder zu den Blastomyceten gehörig angesehen werden. 6. Das Entstehen einer neuen Geschwulst, welche die Struktur und das Verhalten des Carcinoms zeigte, wurde sicher in zwei Fällen nach Inokulation von einer Blastomycesform gesehen. 7. Diese Experimente sprechen in hohem Grade dafür, dafs die in Krebsgeschwülsten gefundenen Körperchen die Ursache des Übels sind, obwohl der Beweis für die definitive Zusammengehörigkeit leider noch aussteht.

A. Alpár-Alexandria.

Experimentelle Studien über das Parasitentum der Tumoren, von Podwissotzki-Kiew. (*Presse méd.* 14. Febr. 1900.) Verfasser ist der Ansicht, dafs der bei gewissen Cruciferenarten Tumoren hervorrufende Myxomycete Plasmodiaphora Brassicae auch bei den Tieren Geschwülste mesodermalen Charakters verursachen kann. Bei Kaninchen und Meerschweinchen sind dieselben nur temporärer Natur. Die Phagocytose rettet die Tiere vor einer Generalisation der Tumoren. Es ist die Einwirkung der lebenden Sporen, unter der das Zellenwachstum vor sich geht. Die Geschwulstform bezeichnet Verfasser als Granuloma parasitaria myxomycetica. *Hopf-Dresden.*

Angeborene Tumoren der Finger, von Charles E. Fairmon-Lyndonville, N. Y. (*Med. News.* 5. Nov. 1899.) F. berichtet kurz über zwei von ihm beobachtete Fälle dieser Art, deren Vorkommen relativ selten ist und deren Diagnose Anfangs etwas unklar war. In dem einen Falle handelte es sich um einen gestielten, an der Aufsenseite des kleinen Fingers befindlichen Tumor von etwa $1^1/_2$ cm Länge und 1 cm Breite. Derselbe wurde mit der Schere entfernt und zeigte sich bei der mikroskopischen Untersuchung als Dermoidcyste. In dem zweiten Falle, ebenfalls einem neugeborenen Kinde, bestand eine ähnliche Geschwulst an dem Daumenballen der rechten Hand und wurde ohne Schwierigkeit entfernt, es blieb hier aber im Gegensatze zum ersten Falle, welcher glatt heilte, eine abnorme Beweglichkeit, welche den Anschein partieller Luxation hatte, Atrophie und beträchtliche Verkleinerung des Daumenballens zurück. F. glaubt, dafs es sich um irgend einen Entwickelungsfehler der Knochen oder Bänder handle und weist auf die grofse Wichtigkeit der Röntgenphotographie für solche Fälle hin. Im Anschlufs an seine zwei eigenen Beobachtungen führt nun F. aus der wohl studierten Litteratur eine Reihe von ähnlichen Fällen nebst deren embryologischen Erklärungen an. Bei der Annahme eines kongenitalen Tumors der Finger können noch folgende Krankheitszustände in Betracht kommen: überzählige Finger, Makro-

daktylie mit Brachydaktylie, Exostose, Dactylitis syphilitica, Tuberkulose der Finger, Lipom, Sarkom, Neubildungen traumatischen Ursprungs u. a. m.; die differentialdiagnostischen Momente sind kurz angegeben. Wenn die Neubildung rasch wächst oder bösartig ist, ebenso bei kurzem Stiele, ist unmittelbare Entfernung angezeigt; jedoch sollte man bezüglich der Prognose stets sehr vorsichtig sein, da die Gefahr allgemeiner Entwickelungshemmung nicht ausgeschlossen sein kann.

Stern-München.

Drei verschiedenartige Hauttumoren bei einem und demselben Individuum, von G. Th. Beatson. (*Brit. med. Journ.* 9. Dez. 1899.) Der 60jährige Patient wies die Kombination der folgenden Hauttumoren auf:

1. Über dem fünften Metakarpalknochen der linken Hand war ein warzig aussehendes Gewächs, welches seit fünf Jahren existierte. Mikroskopisch zeigte es die typische Struktur eines warzigen Papilloms.

2. Nahe dem inneren Winkel des rechten Auges bestand seit zehn Jahren ein kleines Geschwür mit erhabenen Rändern und glattem Grunde. Klinisch zeigt es das Aussehen eines Ulcus rodens. Nach der operativen Entfernung desselben wurde die Diagnose durch die mikroskopische Untersuchung bestätigt.

3. Endlich an der rechten Hand, und zwar am Stumpf des Zeigefingers, welcher einige Monate zuvor wegen Epithelioms amputiert worden war, wiederum ein typisches, durch das Mikroskop festgestelltes Epitheliom. — Die Hand wurde amputiert.

C. Berliner-Aachen.

Über Geschwülste der weiblichen Brustwarze, von Oscar Ehrhardt-Königsberg. (*Dtsch. Zeitschr. f. Chir.* Bd. L.) Geschwülste der Mamilla sind bis jetzt nur sehr selten beobachtet, bezw. beschrieben worden. Der bisherigen spärlichen Kasuistik reiht der Verfasser zwei neue Fälle an. Im ersten Falle handelte es sich um eine wahrscheinlich im Anschluſs an das Säugegeschäft entstandene Hypertrophie der rechten Mamilla: dieselbe bestand aus einem ca. 7 cm langen und 1 cm dicken Stiel, der an seinem distalen Ende fast auf das Dreifache verdickt und hier von ungefähr 20 feinen Wärzchen bedeckt ist. An der Kuppe eines jeden Wärzchens findet sich eine nadelstichartig feine, eingesunkene Stelle, die der Mündung eines Ausführungsganges entspricht. Die degenerierte Warze ist noch etwas erektil. Die histologische Untersuchung ergab, daſs es sich nicht um eine eigentliche Geschwulstbildung, sondern um eine Erkrankung der Warze in ihrer ganzen Ausdehnung handelte, und zwar um eine Art von elephantiastischer Bildung; dieselbe bestand in einer diffusen Vermehrung des Bindegewebes, das an den Enden der Ausführungsgänge sich in besonderer Mächtigkeit entwickelt und hier jene papillenähnlichen Bildungen hervorgerufen hat. — Im zweiten Falle handelte es sich um ein kaum erbsengroſses Knötchen in der einen Brustwarze. Die Warze war im ganzen nicht vergröſsert, in der Mitte fand sich eine kleine, flach erhabene und leicht gerötete Stelle, die im Centrum eine kleine, mit einem dünnen Schorf belegte Rhagade aufwies. Die erkrankte Partie fühlte sich hart an. Die Geschwulst war ein weiches alveoläres Carcinom, und zwar handelte es sich um ein sehr frühes Stadium der Krebsbildung, wie es gleich früh wohl noch nie zur Untersuchung kam. Dieser Umstand verleiht dem histologischen Befunde eine besondere Bedeutung bezüglich der Histogenese des Carcinoms. Auf Grund dieses Befundes bekämpfte der Verfasser die Ribbertsche Darstellung der Krebsbildung, derzufolge der Anfang der Krebsbildung im Bindegewebe zu suchen wäre. Der subepithelialen Bindegewebswucherung kann eine Beteiligung bei der Carcinombildung nicht zugestanden werden; der wesentliche und primäre Vorgang bei derselben ist vielmehr eine durchgreifende Änderung des Zellcharakters der Epithelzellen. — Bei Pagets „disease of the nipple“ handelt es sich nach der Anschauung des Verfassers

von vornherein um einen sehr oberflächlichen Hautkrebs. Die bei PAGETS Krankheit gefundenen „Parasiten", bezw. „Psorospermien" sind in Wirklichkeit junge Carcinomzellen. *Otto Götz-München.*

Bemerkungen zur Ätiologie des Krebses, von SIR JAMES SAWYER-Birmingham. (*Lancet.* 24. März 1900.) S. schliefst sich der Ansicht von BANKS an (*Lancet.* 10. März 1900), dafs die in der letzten Zeit stets zunehmende Steigerung des Fleischgenusses schuld sei an der statistisch nachgewiesenen Vermehrung der Carcinomerkrankungen in England. *A. Philippi-Cassel u. Bad Salzschlirf.*

Ein Fall von Pankreascarcinom, von W. MAGER. (*Wien. med. Presse.* 1899. No. 1.) Bei dem 53jährigen Manne, der an einem Carcinom verstarb, ergab die Obduktion ein fibröses Carcinom des Körpers und des Schweifes des Pankreas. Das Auffallende bei diesem Falle war die noch bei Lebzeiten aufgetretene eigentümliche schiefergraue, glänzende Verfärbung der Haut des ganzen Körpers und dies hauptsächlich des Gesichts und des Halses. Die mikroskopische Untersuchung ergab, dafs dieser schiefergraue Farbenton durch reichliche Einlagerungen von feinkörnigem Pigment in den tiefen Schichten des Rete Malpighii bedingt war. Diese Pigmentation der Haut war nicht durch eine Erkrankung der Nebennieren hervorgerufen, denn dieselben erwiesen sich in der Leiche vollständig normal und das Freibleiben der Schleimhäute sprach von vornherein dagegen. Anamnestisch konnte sowohl die nach Arsengebrauch als auch nach Icterus bei Pankreaserkrankung vorkommende Melanose ausgeschlossen werden, so auch der Bronzediabetes. Verfasser reiht diesen Fall jenen Pankreasaffektionen mit Bronzeverfärbung der Haut an, bei denen die Ätiologie der Pigmentation noch nicht aufgeklärt ist.

A. Alpár-Alexandria.

Multiples Ulcus rodens, von PAUL. (*Brit. med. Journ.* 1. April 1899.) Der Verfasser beschreibt drei Fälle. Im ersten Falle trat der primäre Tumor auf der Nase, im zweiten auf der Stirn auf. Erst nach nahezu 20 Jahren stellten sich in diesen beiden Fällen Metastasenbildungen in der Submaxillargegend ein. Im dritten Falle traten gleich bei Beginn der Erkrankung drei primäre Gewächse auf, auf der Nase, am rechten Kieferwinkel und auf dem rechten Warzenfortsatze. — Die mikroskopische Untersuchung ergab nur im ersten Falle ein typisches Ulcus rodens; die Tumoren des zweiten und dritten Falles zeigten mehr den Charakter eines Adeno-Carcinoms. *C. Berliner-Aachen.*

Radikalbehandlung des Epithelialkrebses mit Arsenik (CZERNY-TRUNEČEK-sche Methode), von C. TRUNEČEK. (*Klin. therap. Wochenschr.* 1900. No. 1—2.) Die neueste Art der Carcinombehandlung mittelst Arsenik wird bekanntlich geübt, indem man folgende Formel verwendet:

Acid. arsenic. pulverat.	1,0
Alcohol absolut.	
Aq. destillat.	℥ 75,0.

Ds. Vor dem Gebrauch umzuschütteln.

Die Technik ist folgende: Entfernung aller Zerfallprodukte, gründliche Reinigung des carcinomatösen Geschwüres, zweimaliges Aufpinseln der Arseniklösung innerhalb fünf Minuten, kein Verband. Täglich wird die Pinselung wiederholt, ohne die gebildeten Reste zu entfernen. Pausiert wird nur, wenn sich lebhaftes entzündliches Ödem bildet. So fährt man fort, bis die harte, schwarze Borke sich spontan ohne Blutung abhebt; nur mufs man allmählich stärkere Lösungen nehmen (1 : 100 und

1 : 80). Ist die Borke abgelöst, dann pinselt man wieder die Lösung 1 : 150 auf; bildet sich eine gelbgrüne, ohne Blutung leicht abhebbare Borke, dann ist alles krankhafte entfernt. Im anderen Falle, wenn wieder eine schwarze, festhaftende Borke entsteht, muſs die Prozedur von neuem in geschilderter Weise aufgenommen und durchgeführt werden. Nachbehandlung mit 10% Borvaselin; von Zeit zu Zeit aber probeweises Aufpinseln der Arsenlösung. — Bei nicht ulcerierten Carcinomen muſs ein kleines Stück der bedeckenden Haut abgetragen werden; nach Blutstillung beginnt die Pinselung. — Es eignen sich für diese Therapie natürlich nur von aufsen zugängliche Carcinome der Haut und Schleimhaut, und solche, die noch zu keiner Lymphdrüsenschwellung geführt haben. — Wichtig ist die diagnostische Bedeutung der Pinselungen, da nur bei Carcinomen sich die geschilderten Borken bilden. — Zeichen einer Arsenintoxikation hat Verfasser nie gesehen. — Zwei Carcinomfälle illustrieren die günstigen Ergebnisse. — Theoretisch erklärt Verfasser die sehr beachtenswerten Resultate dieser Behandlungsmethode folgendermaſsen: Die Krebszellen werden durch den Alkohol ihres Wassergehalts beraubt, ihr Protoplasma koaguliert dann unter Einfluſs des Arseniks. Die Zellen des Stroma degenerieren hyalin und rufen eine Exsudation hervor, welche in den durch das Arsenik abgetöteten Krebszellen Veränderungen hervorbringen. In den umgebenden gesunden Partien tritt eine demonstrierende Entzündung auf, welche zur Eiterung und Exfoliation des neurotischen Tumors führt.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Behandlung des Hautkrebses, von A. G. Wollenmann. (*Frauenarzt.* 1900. No. 1.) Zur Zerstörung von Hautkrebsen sind empfohlen Arsenpasten:

Acid. arsenic.	1	*Acid. arsenic.*	1
Hydr. sulf. rubr.	5	*Morph. sulf.*	1
Ung. aq. rosar.	40	*Calomel*	8
(Cosmesche Paste).		*Pulv. acaciae*	48
		(Esmarchsche Paste).	

Die entzündliche Reaktion ist nicht genügend, die Absorptionsgefahr bei der geringen Konzentration groſs.

Stark genug ist die Bongardsche Paste:

Hydr. chlor. corros.	1
Hydr. sulf. rubr.	
Ammon. chlor.	ää 10
Farin. trit.	
Amyl.	
Zinc. chlorid. cryst.	ää 120.

Die Paste wird unmittelbar nach dem Curettement für 24 Stunden appliziert. — Langwierig ist das in diesem Blatte referierte Verfahren von Czerny und Trunečeк mit alkoholischer Arsenlösung (Acid. arsenic. 1,0, Alkohol, Aq. dest. ää 75,0). — Hypodermatisch wandte Hue Arsen an, indem er alle drei Tage mehrere Kubikcentimeter folgender Lösung in das krebsige Gewebe injizierte:

Acid. arsenic.	1
Cocain. hydrochl.	5
Aq. destillat.	500.

Die Resultate sind nur relative.

Die akustische Behandlung ist meistens vorzuziehen auch der Excision gegenüber. Arsenmittel sind die besten, besonders als Marsdensche Paste nach vorausgeschicktem Curettement.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Behandlung der Hautepitheliome nach der Methode von CZERNY-TRUNECEK, von CASARINI. (*Rif. med.* 1900. No. 42 und 43.) Nach der Ansicht des Verfassers ist der Heilung von oberflächlichen Epitheliomen nach dieser Methode kein allzu grofser Wert zuzuschreiben, indem er mit anderen Mitteln ebenso gute Resultate erzielt hat als mit diesem. Dagegen erfolgt mit dem Arsenik die Vernarbung rascher. Bei Beginn der Arsenikbehandlung sei der Erfolg fast stets ein guter, aber kein dauernder, indem die Narben bald wieder aufbrechen und die Neubildung ihre frühere Bösartigkeit erreicht. Dagegen ist die Methode frei von üblen Folgen; die Schmerzen sind zwar nicht unerheblich, aber erträglich. *C. Müller-Genf.*

Über PAGETs disease, von OSCAR EHRHARDT-Königsberg. (*Dtsch. Zeitschr. f. Chir.* Bd. LIV.) Es handelt sich um einen Fall von PAGETs disease, welcher Anfangs wie ein Ekzem der Brustwarze aussah und auf der v. EISELSBERGschen Klinik operiert wurde. Die amputierte Geschwulst wurde genau mikroskopisch untersucht und eine durch Abbildungen gefestigte ausführliche Beschreibung des Befundes gegeben. Nach der Ansicht des Verfassers ist PAGETs disease ein primäres Hautcarcinom.

Bernhard Schulze-Kiel.

Multiple Sarkome der Haut, von A. H. TUBBY. (*Brit. med. Journ.* 4. März 1899.) Der Patient ist ein 65jähriger Mann, der vor sechs Monaten an der oberen Partie der rechten Seite des Skrotums einen Tumor bekam, später entwickelte sich ein zweiter auf der linken Seite und ein dritter unterhalb des Kinns. Gegenwärtig sieht man an verschiedenen Körperteilen zahlreiche Tumoren, darunter manche von beträchtlicher Gröfse. — Die Leber ist vergröfsert, der Patient leicht gelbsüchtig.

C. Berliner-Aachen.

Über ein Melanosarkom des Rektums und die melanotischen Geschwülste im allgemeinen, von GUSTAV WIENER-München. (*Beitr. z. pathol. Anat. u. allg. Pathol.* 1899. 25. Bd.) Ausführliche Darstellung des makroskopischen und mikroskopischen Befundes bei einem primären Melanosarkom des Rektums, das seinen Ausgangspunkt wahrscheinlich der nächsten Nachbarschaft des Anus genommen und in aufserordentlich zahlreichen Organen Metastasen verursacht hat. Im Anschlufs an diesen Fall, sowie an einige andere, ebenfalls genau beschriebene Melanosarkome erörtert der Verfasser die Frage, ob die pigmentierten Zellen stets Elemente besonderer Art, spezifische Pigmentzellen sind, wie RIBBERT behauptet, oder ob sie als Derivate von Bindegewebszellen zu betrachten sind, die Pigment aufgenommen oder gebildet haben. Der Verfasser neigt der RIBBERTschen Ansicht zu, der zufolge die melanotischen Geschwülste stets aus einer besonderen Art von Zellen hervorgehen, aus den verästelten und sternförmigen Pigmentzellen; die unpigmentierten Zellen stellen Jugendstadien der pigmentierten dar; die häufig vorkommenden runden und ovalen Formen der Pigmentzellen verdanken ihre Entstehung einer reichlicheren Farbstoffentwickelung, indem die zahlreichen Pigmentkörnchen die Zellen an der Beibehaltung ihrer sternförmigen Figur hindern. *Götz-München.*

Epitheliale Tumoren auf der Stirn, von RADCLIFFE CROCKER. (*Brit. med. Journ.* 25. März 1899.) Der Verfasser berichtet über ein zehnjähriges Mädchen, welches viele kleine runde, hirsekorn- bis erbsengrofse Gewächse auf der Stirn zeigte. Dieselben sollen sich in der frühesten Kindheit der Patientin angeblich im Anschlufs an eine Verletzung entwickelt haben. Zwei der gröfsten Tumoren wurden excidiert, worauf die anderen sich zwar verkleinerten, aber doch noch neue auftraten. Die mikroskopische Untersuchung ergab eine drüsenähnliche oder lobuläre Anordnung von

Epithelialzellen, wie man sie bei Ulcus rodens antrifft. Trotzdem sieht Verfasser die Gewächse wegen der klinischen Merkmale für gutartig an.

C. Berliner-Aachen.

Myeloplaxentumor der Beugefläche des Zeigefingers. In der Lyoner Gesellschaft für medizinische Wissenschaft stellte PAVIOT einen derartigen Fall vor, wobei der Tumor an der Endphalange des betreffenden Fingers saſs, die Haut emporhob und nach der Tiefe zu mit dem Periost und dem Knochen in keinem Zusammenhange stand. Der Tumor enthielt schöne Myeloplaxen; diese groſsen mehrkernigen Protoplasmakörper sind in ganz unregelmäſsiger Weise in einem fibroiden Gewebe zerstreut und sind von keinen Epithel- oder embryonalen Zellen umgeben; Knötchen sieht man weder in ihrer Umgebung noch in gröſserer Entfernung von ihnen. Die Kerne sind ganz einförmig im Zellkörper verteilt, was sie von den Riesenzellen unterscheiden würde. (*Lyon méd.*) *C. Müller-Genf.*

Ein Fall von Urticaria pigmentosa, von STARCK. (*Münch. med. Wochenschr.* 1899. No. 38.) Beitrag zur Kasuistik ohne Hervorhebung neuer Gesichtspunkte.

Götz-München.

Über Fibroma molluscum, von TROMBETTA. (*Rif. med.* 1899. No. 13 und 14.) Verfasser knüpft an die Beschreibung des Falles Betrachtungen über die pathologische Histologie und die Histogenese der Affektion. Der sehr umfangreiche Tumor, der sich von der Geburt an langsam zu diesen Dimensionen entwickelt hatte, saſs zwischen Ferse und Malleolen des rechten Fuſses. Bein und Fuſs derselben Seite waren atrophisch. Der Tumor war von zwei Strängen durchzogen, die sich als hypertrophierte Hautnerven erwiesen. Die Beteiligung der Nerven war aber eine rein passive, sekundäre, und behauptet Verfasser, daſs die Veränderungen keineswegs, wie dies von anderen erklärt worden, von den Nerven ausgehe, sondern vom Bindegewebe. Der Tumor wurde entfernt, recidivierte aber und der Patient starb mit Metastasen im Gehirne und anderen Organen. *C. Müller-Genf.*

Behandlung der Angiome mit Elektrolyse, von GUILBARD. (*Thèse de Paris.* 1899.) Beschreibung der allgemein gebräuchlichen und bekannten elektrolytischen Behandlung der Angiome. (*Journ. d. Praticiens.* 1900. No. 1.) *Götz-München.*

Lymphangioma tuberosum multiplex, von RADCLIFFE CROCKER. (*Brit. med. Journ.* 1. April 1899.) Der Verfasser beschreibt einen Fall, der ein 18jähriges Mädchen betraf. Die Patientin zeigt auf dem oberen Teile des Sternums in der Subclaviculargegend zahlreiche, kleine, glatte papulöse Erhabenheiten. Ganz vereinzelt sieht man sie am Halse und in der Achselhöhle. Die meisten haben normale Hautfarbe, einige sehen gelblich oder bräunlich aus.

Mikroskopisch zeigen sie eine cystische Struktur mit einigen drüsigen Elementen. Die Patientin hat von der Hautaffektion keinerlei Beschwerden und erfreut sich einer kräftigen Gesundheit.

In der Litteratur sind bisher nur zehn Fälle von Lymphangioma tuberosum multiplex publiziert. *C. Berliner-Aachen.*

Ein Fall von multiplen Adenomata der Haut, von ROBERT AITKEN. (*Brit. med. Journ.* 24. Juni 1899.) Die 23jährige Patientin, Mutter von drei gesunden Kindern, bekam vor 13 Jahren einige kleine, schmerzlose Knoten auf der Stirn, der Kopfhaut und an den Ohren. Die Gewächse nahmen im Laufe der Jahre sowohl an Gröſse wie an Zahl zu. Einige befinden sich auch am Stamme, gegen 30 an den erwähnten

Körperstellen. Die Tumoren sind leicht gestielt, fühlen sich fest an, verursachen auf Druck keine Schmerzen. Aus rein ästhetischen Gründen wünschte die Patientin, dafs die Gewächse operativ beseitigt würden. Die gröfseren wurden excidiert. Makroskopisch schien ein Tumor aus lauter Bindegewebe zu bestehen; unter dem Mikroskope jedoch bemerkte man Massen epitheloider, in einem bindegewebigen Stroma regelmäfsig angeordneter, runder oder ovaler Zellen mit grofsen, leicht färbbaren Kernen. — Klinisch waren die Tumoren sicherlich nicht bösartig und zeigten in keiner Zeit eine Tendenz zu ulcerieren. *C. Berliner-Aachen.*

Zur Entstehung der multiplen Lipome, von Max Askanazy-Königsberg. (*Virchows Arch.* Bd. 158.) Bei der Autopsie einer an mit metastasierendem Schilddrüsensarkom verstorbenen Patientin fand Askanazy multiple Lipome, die teils subcutan, teils in den tieferen Schichten des Halses, der fossae supraclaviculares, namentlich aber subserös unter dem Peritoneum safsen. Letztere erinnerten in ihrer Gröfse und Gestalt aufserordentlich an Drüsen und nur der unverkennbare Charakter des Fettgewebes schützte vor Verwechselungen. Ein Lipom neben der Art. subclavia bot eine anthrakotische Pigmentierung, bei der mikroskopischen Untersuchung zeigte sich, dafs eine lipomatös umgewandelte anthrakotische Lymphdrüse vorlag. Die noch erhaltene Randpartie verriet durch ihren Gehalt an Kohlepigment und selbst an Kieselsäurepartikelchen die Herkunft des ganzen Knotens, in welchem das Fettgewebe vom Hilus der Drüse her nach der Peripherie fortgewuchert ist und stellenweise bereits die Bindegewebskapsel erreicht hat. Neun mesenteriale Lipome gelangten zur Untersuchung. Auch diese haben sämtlich von Lymphdrüsen ihren Ausgang genommen. Deutlich war zu verfolgen, wie das vom Hilus zur Peripherie vorlaufende Fettgewebe dem Drüsenparenchym den Platz mehr streitig machte und die lymphoide Substanz auf einen Randsaum kleine Lymphocytengruppen in gefäfsführenden Tuberkeln oder zwischen den Fettzellen reduzierte. Schliefslich gelang es nur, an umschriebenen kleinen Orten die letzten Spuren des geschwundenen Organs zu entdecken. A. hat also den Nachweis für seinen Fall geführt, dafs die multiplen Lipome an das Lymphdrüsensystem gebunden und Lipome der Lymphdrüsen waren.

Eine derartige Beziehung der Lipome zu Lymphdrüsen ist in der Litteratur bislang nur einmal von Göbel (*Centralbl. f. path. Anat.* 1895. Bd. VI) vertreten worden. A. erinnert an ähnliche physiologische Vorgänge, an die Ersetzung lymphoiden Gewebes durch Fettgewebe in der Thymus, an die Umwandlung des roten „lymphoiden" Knochenmarkes in Fettmark. In dem geschilderten Falle nahm allerdings das Lipomgewebe einen selbständigen Charakter an, was schon daraus hervorging, dafs die die Neubildung zusammensetzenden Fettzellen ihre grofsen Dimensionen trotz der allgemeinen starken Atrophie beibehalten. Ein Zusammenhang zwischen der Schilddrüsenerkrankung und der Lipombildung war nicht festzustellen. Die Entstehungszeit letzterer war auch klinisch garnicht zu ermitteln gewesen. In anderen Fällen multipler Lipombildung, allerdings in einer ganz bestimmten Körpergegend war für A. eine Beziehung zu lymphoidem Gewebe nicht zu erkennen gewesen.

Ernst Delbanco-Hamburg.

Die Genese des Lipoms, von E. Aievoli. (*Policlinico.* 1900. No. 1.) Verfasser bringt die Lokalisation der Lipome in Beziehung zur Verteilung des elastischen Gewebes und seine Veränderungen, die ihm seine Eigenschaft, die Regulierung und die Erhaltung des Gleichgewichtes in der Lymphzirkulation entziehen.

C. Müller-Genf.

Wie sind Warzen zu behandeln? von du Cartel. (*Journ. d. Praticiens.* 1899. No. 34.) Zusammenstellung und Beschreibung der zur Beseitigung der Warzen gebräuchlichen Operationsmethoden und Medikamente (Ätzpasten). *Götz-München.*

Behandlung von Warzen mit Formalin. (Verfasser nicht genannt.) (*Presse méd.* 3. Febr. 1900.) DANIEL-Bielefeld empfiehlt den 40%igen Formaldehyd gegen Warzen. Ein mit dem Formalin getränkter Holzstab wird auf dieselben aufgesetzt und nachdem ein Tropfen der Flüssigkeit auf die Exkrescenz gelangt ist, nach allen Richtungen gegen die Warze gestemmt, so dafs das Formalin sie von allen Seiten angreift. Die Prozedur ist schmerzlos. Nur beim Entstehen von Einrissen tritt ein schnell wieder verschwindender Schmerz auf. Nach 2—3 Applikationen schrumpft die Warze ein und fällt bald, ohne Narben zu hinterlassen, ab. Dieselbe Behandlung schlägt DANIEL für Kondylome und Papillome vor. *Hopf-Dresden.*

ADDISONsche Krankheit, von J. B. COLEMAN. (*Brit. med. Journ.* 6. Mai 1899.) Der Verfasser teilt das Ergebnis der Autopsie zweier letal verlaufener Fälle von ADDISONscher Krankheit mit. Der erstere betraf ein 26jähriges Mädchen, welches die Symptome der Krankheit in klassischer Weise darbot und an derselben drei Jahre litt. Beide Nebennierenkapseln erwiesen sich um das doppelte vergröfsert und bildeten eine bindegewebige käsige Masse, die Riesenzellen und Tuberkel enthielt. — Hautschnitte zeigten gelblich braunes Pigment in den Zellen des Rete mucosum.

Der zweite Fall betraf einen 23jährigen Mann, der in vivo keine Erscheinungen der ADDISONschen Krankheit darbot. Drei Monate vor seinem Tode bekam er epileptische Anfälle, Schwäche in den Beinen, später stellten sich ataktische Paraplegie, Kollaps und Coma mit letalem Ausgange ein. Bei der Autopsie waren beide Nebennieren gleichmäfsig bis zur Mannsfaust vergröfsert — Die mikroskopische Untersuchung ergab, dafs es sich um ein Rundzellensarkom der Nebennieren handelte. — Nach Dr. FINNY giebt es Fälle, bei denen eine umfangreiche Zerstörung der Nebennieren Platz gegriffen hat, ohne dafs die Patienten irgendwelche Symptome der ADDISONschen Krankheit gezeigt haben, während es andererseits Beispiele von ausgesprochenem suprarenalem Melasma giebt, die bei der Autopsie vollständig gesunde Nebennieren aufgewiesen haben. FINNY hält es deshalb für wahrscheinlich, dafs die Krankheit eher auf irgend eine pathologische Veränderung der grofsen Nervenelemente in der Nachbarschaft als auf eine Degeneration der Drüse selbst zurückzuführen sei. *C. Berliner-Aachen.*

ADDISONsche Krankheit und pathologische Veränderungen der Nebennieren, von SERGENT und BERNARD. (*Brit. med. Journ.* 2. Sept. 1899.) Die Verfasser weisen nach, dafs die Bezeichnung „ADDISONsche Krankheit" nicht alle Erscheinungen deckt, welche durch Erkrankung der Nebennieren entstehen können. Postmortale Untersuchungen haben gezeigt, dafs in manchen Fällen der ADDISONschen Krankheit die Nebennieren völlig intakt geblieben sind, während in anderen Fällen eine beträchtliche Zerstörung der Nebennieren stattgefunden hatte ohne die gewöhnlichen Erscheinungen des Morbus Addisonii, dagegen mit ungewöhnlichen sehr ausgeprägten Symptomen, wie Erbrechen, epileptische Anfälle, Synkope, Coma oder auch intensive Schmerzen im Abdomen, Prostation, Kollaps, subnormale Temperatur, Delirium. Alle Erscheinungen deuten auf eine Autointoxikation. Eine Analogie finden die Verfasser in der akuten Leberatrophie. *C. Berliner-Aachen.*

ADDISONsche Krankheit, von H. J. CAMPBELL. (*Brit. med. Journ.* 9. Dez. 1899.) Die Krankheit begann bei dem 48jährigen Patienten vor neun Monaten mit Nausea und Erbrechen am Morgen. Sein Appetit wurde schlecht, die Haut nahm bald eine ausgesprochene Bronzefärbung an. Die Finger und Zehen wurden beim kalten Wetter blau und fühlten sich eiskalt an.

Bei der Untersuchung erwiesen sich der Urin, das Herz und die Lungen als

normal. Die Palpation und Perkussion des Abdomens ergab nichts Abnormes. Als der Patient ins Hospital kam, war er sehr schwach; der Puls war klein und schwach. Der Zustand verschlimmerte sich rapid. Siebzehn Tage nach der Aufnahme starb der Patient. Die postmortale Untersuchung ergab ausgedehnte tuberkulöse Erkrankung der Nebenierenkörper. Die Asthenie ohne ausgesprochene Abmagerung, die Pigmentation, die persistierende Nausea und der niedrige Blutdruck machten die Diagnose leicht. *C. Berliner-Aachen.*

Ein Fall von Morbus Addissonii, kompliziert durch Leukodermie und tuberkulöse Peritonitis, von Colman und F. Buszard-Northampton. (*Lancet.* 1900. No. 3990. 17. Febr.) Ein 40jähriger Stallknecht, der seit 1—2 Jahren eine allgemeine, zunehmende, bräunliche Verfärbung der Haut bemerkt hatte, kam wegen grofser Schwäche und Hinfälligkeit zur Aufnahme. Neben der stellenweise sehr dunklen Braunfärbung fanden sich auch intensiv weifse Flecke, und auch die Schnurrbarthaare waren strichweise ganz weifs. Bei der Autopsie fanden sich Adhärenz der rechten Lungen, tuberkulöse Peritonitis und ausgedehnte käsige Veränderungen an den Nebennieren. Verfasser meinen, die Ätiologie beider Affektionen könnte vielleicht eine gemeinsame Basis haben. *Arthur Philippi-Cassel u. Bad Salzschirf.*

Über Morbus Addisonii, von L. Huismanns-Köln. (*Münch. med. Wochenschr.* 1900. No. 13.) Der Verfasser hat im Verlaufe eines Jahres fünf Fälle von Morbus Addisonii beobachtet, von denen vier zur Sektion kamen. In den secierten Fällen fand sich weder makroskopisch eine Veränderung am Sympathikus oder am Ganglion coeliacum, noch eine Verkäsung der Glandulae coeliacae. Als anatomisches Substrat ergab sich Tuberkulose und Schrumpfung der Nebennieren. In drei Fällen war gleichzeitig Lungen- und sonstige Tuberkulose vorhanden, in den anderen zwei Fällen war die Tuberkulose auf eine Nebenniere beschränkt. — Der Verfasser glaubt, dafs die charakteristischen klinischen Symptome des Morbus Addisonii, die Adynamie und Aboulie auf eine Überladung des Körpers mit „Ermüdungsstoffen“ zurückzuführen sind, da die Funktion der Nebennieren, gewisse bei der Darmfäulnis und bei der Muskelaktion entstandene toxische Stoffe (z. B. Brenzkatechin, bezw. Phosphor-, Milchsäure) an sich zu ziehen und in unschädliche Substanzen überzuführen, ausfällt. Die Thatsache, dafs bei ausgesprochenem klinischen Bilde des Morbus Addisonii häufig nur eine Nebenniere erkrankt ist, spricht nicht gegen diese Theorie: die gesunde Nebenniere kann infolge Läsion der sie beherrschenden Sympathikusfasern ausgeschaltet sein. Sicher ist, dafs ein Addisonkranker besonders im terminalen Stadium den Eindruck eines Schwervergifteten macht. Die fast immer vorhandene Schilferung der trockenen rauhen Haut ist wie die Pigmentierung auf vaskulartrophische Störungen zurückzuführen. — Die Therapie war eine rein symptomatische. Nebennierenextrakt hat der Verfasser nie verordnet. *Götz-München.*

Bronzed Skin bei hypertrophischer Lebercirrhose, von W. Osler. (*Brit. med. Journ.* 9. Dez. 1899.) Der Verfasser beschreibt zwei Fälle, von denen der erste einen 48jährigen Matrosen betraf. Derselbe war kräftig gebaut und erfreute sich früher eines guten Allgemeinbefindens. Seit drei Jahren bekommt er öfter Attacken von Purpura und Urticaria auf der Haut der Beine. In derselben Zeit nahm die Körperhaut eine Bronzefärbung an, die allmählich stärker geworden ist. Bei der Untersuchung wurde Vergröfserung der Milz und der Leber konstatiert. Der Patient ist starker Raucher und Tabakkauer, aber mäfsiger Alkoholist. Er hat bis jetzt weder an Kraft noch an Körpergewicht verloren und geht nach wie vor seiner Arbeit nach. Die mikroskopische Untersuchung eines excidierten Stückchens Haut vom Beine

ergab die Anwesenheit von charakteristischen ockerfarbenen Pigmentkörnchen in den Zellen der Schweifsdrüsen, während sich solche im Blute, auch in den Leukocyten nicht vorfanden.

Fall 2 betraf einen 34jährigen Mann, der Malaria und wiederholte Fieberanfälle in den Tropen durchgemacht hatte. Die Untersuchung des Patienten stellte Vergrößserung der Leber und der Milz fest. Die Haut des Gesichts und der Hände war pigmentiert. Gleichzeitig litt er an Magenblutungen, an Erythema nodosum. Der Fall verlief letal. Die Autopsie ergab als Hauptbefund eine grofse, rotbraune, hypertrophische Leber.

Weder in dem einen noch in dem anderen Falle war Diabetes verhanden, wie er sich relativ oft mit bronzed skin vergesellschaftet.

Die Pathologie des Prozesses ist noch sehr dunkel. Den gegenwärtigen Stand unserer Kenntnisse darüber hat Opie in den Schlufsfolgerungen seiner Arbeit „über Haemochromatosis" am klarsten ausgedrückt:

1. Es existiert ein wohl charakterisiertes Krankheitsbild, die Haemochromatosis, welche in einer ausgedehnten Ablagerung von eisenhaltigem Pigment in gewissen Zellen und in der Bildung von eisenfreiem Pigment an verschiedenen Stellen besteht, wo sich sonst unter physiologischen Bedingungen nur wenig Pigment vorfindet.

2. Mit der Pigmentanhäufung geht Degeneration und Tod der pigmenthaltigen Zellen und nachfolgende interstitielle, entzündliche Veränderungen, besonders der Leber und des Pankreas einher.

3. Hat die chronische interstitielle Pankreatitis einen gewissen Grad von Intensität erreicht, so tritt als Terminalstadium Diabetes auf, den die Franzosen wegen der Hautfarbe als „Diabète broncé" bezeichnet haben. *C. Berliner-Aachen.*

Über die Zahl der roten Blutkörperchen in zwei Fällen von Nebennierenerkrankung, von A. Christomanos. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1899. No. 42.) In zwei Fällen von Nebennierenaffektion (Morbus Addisonii, Nebennierenentartung ohne Melanoderma) konstatierte Verfasser eine auffallende Wucherung der roten Blutkörperchen. Diese ist aber nur eine scheinbare, da, wie Verfasser darlegt, in den Körperperipherien weniger Blut als normaliter zirkulierte und den Geweben infolgedessen weniger Flüssigkeit zugeführt wurde. Dadurch aber, dafs die zur Ernährung der Gewebe dienende Plasmaanlage einer geringeren Quantität Blutes entsprach, wurde dieses eingedeckt und erschien bei der Untersuchung blutkörperchenreicher.

I. Bloch-Berlin.

Regressive Ernährungsstörungen.

Über Hämorrhoiden, von William J. Doyle-Philadelphia. (*New-York med. Journ.* 6. Jan. 1900.) Die Arbeit ist im allgemeinen eine Polemik gegen diejenigen Ärzte, welche es versäumen, ihre Patientinnen und Patienten bei hämorrhoidalartigen Beschwerden einer genauen Rektaluntersuchung zu unterziehen, und enthält einige Beispiele aus der Praxis, welche die schweren Folgen dieser Unterlassung kennzeichnen. Okulare Inspektion und in zweiter Linie Digitaluntersuchung sind meist im stande, die Diagnose der Hämorrhoiden zu stellen, nur selten und bei sehr hoch im Mastdarm sitzenden Venenerweiterungen sind dazu Instrumente notwendig. Aufserdem ist es wichtig, genaue anamnestische Daten zu sammeln. D. giebt zum Schlusse seiner Arbeit die bekannten Hauptmerkmale wieder, welche die Hämorrhoiden in ihrem Verlaufe auszeichnen; die Familiengeschichte des Patienten bezüglich bösartiger Neubildungen sollte ebenfalls stets berücksichtigt werden. *Stern-München.*

Radikalbehandlung von Hämorrhoiden ohne Allgemeinnarkose, von Marion Dunagan. (*Louisville Journ.* 1900. No. 40.) Die empfohlene Behandlung ist folgende und eignet sich besonders für intern gelegene Hämorrhoiden. In Seitenlage des Patienten werden die geschwollenen Venen des Afters mit einer 5%igen Kokainlösung anästhetisch gemacht. Darauf werden in das Gewebe der prallgespannten Hämorrhoiden einige Tropfen von Dr. Agnews Flüssigkeit gebracht, worauf dasselbe eine graue nekrotische Färbung annimmt. Es soll nur ein Venenknoten auf einmal behandelt werden. Gegen nachfolgende Schmerzen giebt man eventuell etwas Morphin subcutan. Über die operierte Stelle legt man einen Salbenmull und eine festsitzende Bandage Intern läfst man leicht abführen. Die Sitzungen finden alle 4—5 Tage statt. (Was die wundersame Injektion enthält, wird leider verschwiegen. Der Referent.)

Fr. E. Hopf-Dresden.

Hämorrhoidalknoten im frühesten Kindesalter, von Burwinkel-Nauheim. (*Münch. med. Wochenschr.* 1900. No. 12.) Bei einem neugeborenen Kinde, das mit stark verdünnter Kuhmilch (1/3 Milch : 2/3 Wasser + etwas Milchzucker) ernährt wurde, zeigten sich bald nach der Geburt aufserhalb des Afterschliefsmuskels zwei nicht ganz linsengrofse Schleimhautknötchen, welche bläuliche Venen durchschimmern liefsen. Die Stuhlthätigkeit war sehr träge, es mufste fast immer mit kleinen Wasserklystieren nachgeholfen werden, der Kot wurde in Form von kleinen harten Knollen entleert. Das Kind nahm beständig an Gewicht ab. Zweimal täglich wiederholte Einfettung des Leibes mit warmem Öl und nachfolgende Massage dem Dickdarm entlang, sowie Verabreichung weniger verdünnter Milch (Milch und Wasser zu gleichen Teilen + etwas Milchzucker) bewirkten rasch Besserung: der Stuhl erfolgte spontan in breiiger Form, das Körpergewicht nahm zu; die Hämorrhoidalknoten waren nach wenigen Monaten verschwunden.

Otto Götz-München.

Beitrag zur Anatomie der Varicen der unteren Extremität. Über die Lokalisation der sackartigen Erweiterungen der Vena saphena magna, von Z. Sławinski. (*Centralbl. f. allg. Pathol.* 1899. No. 29.) Bei sorgsamer Präparation stellte Verfasser fest, dafs die Vena saphena magna in ihrem Stamm oft sackartige Ausbuchtungen trägt, wobei sie aufserdem cylindrisch erweitert ist. Die Ausbuchtungen sitzen meist an dem innern Teile der Wand, selten an dem äufsern, nie an dem vordern oder hintern; sie sind von vorne nach hinten abgeflacht. Sie erscheinen wie Divertikel; selten sind sie nur durch einen schmalen Hals mit der Vene verbunden, meistens ist die Öffnung, welche in den Divertikel führt, etwas weit, wie dieser in seinem gröfsten Durchmesser. Auffallend ist, dafs diese Ausbuchtungen immer unter den Klappen liegen, manchmal nur das Gebiet der letzteren mit hineinziehend. Dieser Sitz stimmt nicht mit der herrschenden dynamischen Theorie, die im erhöhten venösen Druck den Hauptfaktor sucht. Neben diesen Ausbuchtungen fand Verfasser noch ampullenartige Erweiterungen, welche den ganzen Umfang der Wand einnahmen, aber nur an solchen Venen, die keine totale cylindrische Erweiterungen aufwiesen, deren Klappenapparat also sufficient ist.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über Bakteriotherapie der Schenkelgeschwüre, von Ivan Honl. (*Wien. klin. Rundsch.* 1900. No. 5.) Die Mikroorganismen sind allerdings nicht die Ursache der Unterschenkelgeschwüre, aber sie sind ihrer Heilung im Wege. Verfasser versuchte sie unschädlich zu machen, indem er die Geschwüre mit Extrakten aus den Leibern des Bacillus pyocyaneus behandelte, welche eine baktericide Wirkung haben. Die Extrakte wurden gewonnen aus den Häuten, welche auf flüssigen Kulturen sich bilden. Der Kranke mufste liegen, die Geschwüre wurden mit Gaze bedeckt, die mit dem

Protein durchfeuchtet war; darüber Watte und leichter Verband. Hundert Fälle wurden so behandelt und alle geheilt. Lokal tritt keine Reizung ein. Die Besserung ist schon nach 24 Stunden evident. Verfasser behauptet, dafs mittels des Proteins alle Geschwüre geheilt werden können. (Die Erfolge wären noch zweifellosere gewesen, wenn die Behandlung ambulant durchgeführt worden wäre. D. Ref.)

Jessner-Königsberg i. Pr.

Die Behandlung des chronischen Unterschenkelgeschwüres, von Hans Baaz-Graz. (*Sammlung klin. Vorträge,* Neue Folge. No. 267.) Der Verfasser hat mit dem Unnaschen Zinkleimverband bei der Behandlung des chronischen Unterschenkelgeschwüres ganz vorzügliche Erfolge erzielt. Sein Verfahren ist folgendes: Nach gründlicher Reinigung des Unterschenkels mit Schmierseife und warmem Wasser wird das Geschwür nebst Umgebung mit 0,5‰—1‰iger Sublimatlösung desinfiziert, hernach mit sterilen Wattebäuschchen abgetrocknet, leicht mit Jodoform oder Europhen, bei starken Schmerzen mit einer Mischung von Orthoform und Jodoform bezw. Europhen im Verhältnis von 1 : 4 bestäubt, hierauf bis über den Rand mit Silkprotektiv bedeckt. Die Umgebung des Geschwürs wird, soweit die Haut verändert ist, mit Lassarscher Paste eingerieben und die ganze erkrankte Partie mit steriler Gaze, aufserdem eventuell noch mit Brunsscher Watte bedeckt. Dann wird der typische Zinkleimverband angelegt. Fängt das Ulcus zu granulieren an, so wird es mit roter Präcipitatsalbe, bei naher Heilung mit Borsalbe bestrichen. Nach eingetretener Heilung wird noch 3—4 mal ein Zinkleimverband angelegt, um die frische Narbe zu schützen, dann mufs noch längere Zeit ein Tricotbindenverband getragen werden. Hat das Ulcus erethischen Charakter oder weist seine Umgebung die Symptome erysipelatöser oder phlegmonöser Entzündung auf, so müssen vor dem Anlegen des ersten Zinkleimverbandes die erwähnten Symptome durch Ruhestellung des Unterschenkels und Umschläge mit eiskalter essigsaurer Thonerde beseitigt werden. *Otto Götz-München.*

Nitroglycerin bei Xerodermia, von B. Basket. (*Brit. med. Journ.* 4. Nov. 1899.) Ein 9jähriger Knabe litt seit seinem zweiten Lebensmonate an Xerodermia, gegen die alle erdenklichen Mittel, namentlich erweichende Salben, gebraucht worden waren, ohne dafs ein wesentlicher Erfolg erzielt worden war. Verfasser glaubte nun, wenn es gelänge, die Haut beständig in hyperämischem Zustande zu erhalten, die Trockenheit resp. die Verdunstung nachlassen oder aufhören würde. Er verordnete Nitroglycerin in sehr kleinen Dosen dreimal täglich einzunehmen; äufserlich kam Salicylsalbe zur Anwendung. Schon nach 14 Tagen hatte die Haut ein weit besseres Aussehen, als sie je im Leben des Knaben gehabt hat. Da die Salicylsalbe, wie Verfasser durch Kontrolversuche sich überzeugte, keinen bemerkenswerten Anteil an dem guten Erfolge hatte, so wurde sie beiseite gesetzt. Mit der Medizin wurde länger als 3 Monate fortgefahren. Die Affektion sieht jetzt mehr einem trockenen Ekzem ähnlich. Die Haut ist weich und geschmeidig und transpiriert gut.

C. Berliner-Aachen.

Eine neue Behandlung der Kahlheit. Verfasser nicht angegeben. (*Brit. med. Journ.* 21. Januar 1899.) Bei der zur Zeit noch bestehenden Unmöglichkeit, aus der Sabouraudschen epochemachenden Untersuchung für die Therapie des Haarausfalles Kapital zu schlagen, empfiehlt ein Chinese gegen die Kahlheit den reichlichen Genufs von Rattenfleisch. Was für die Haut des Pferdes die Mohrrübe, bedeutet für das menschliche Haar die Ratte. Jeder Reiter weifs, dafs eine fortgesetzte Mohrrübendiät sein Pferd glatt und glänzend wie Sammet machen wird. Ebenso wissen namentlich die chinesischen Frauen, dafs Rattennahrung den Haarausfall hemme und die Locken schön, glatt und geschmeidig mache. Vielleicht richtet Sabouraud sein Augenmerk

auf diesen Gegenstand, besonders auf die Frage: Sind Ratten für Haarausfall disponiert? Wenn dies nicht der Fall, ist ihre Immunität natürlich oder erworben? In dem einen oder andern Falle liefse sich vielleicht ein prophylaktisches oder kurativ es Rattenserum herstellen, welches den Genufs von Rattenfleisch unnötig machen würde.

(Also an die Arbeit, SABOURAUD, und guten Appetit! D. Ref.)

C. Berliner-Aachen.

Haarschwund und Kahlköpfigkeit. (*Zeitschr. f. Kosmetik.* IV. No. 5.) Nach kurzer Erwähnung des physiologischen Haarausfalls und des Haarausfalls nach Infektionskrankheiten, sowie der durch Bakterien hervorgerufenen Haarkrankheiten wendet sich Verfasser dem „scheinbar ohne jeden Grund erfolgenden Haarausfall" zu. Der Schuppenbildung legt er nur untergeordnete Bedeutung bei (na, na! der Referent), er macht vielmehr das Kurzschneiden der Haare, wodurch der Haarcylinder an einer Seite blofsgelegt wird und dort mechanischen, chemischen, thermischen und bakteriellen Einflüssen ausgesetzt wird, sowie Druck auf die Haare und Behinderung des Luftzutrittes durch unpassende Kopfbedeckung (z. B. Helme) für die Kahlköpfigkeit verantwortlich.

Bernhard Schulze-Kiel.

Trichorrhexis nodosa, von K. MILLARD. (*Brit. med. Journ.* 27. Mai 1899.) Ein 7jähriger Knabe zeigte auf der Kopfhaut zahlreiche Stellen, auf denen die Haare trocken, glanzlos und leicht extrahirbar waren. Mikroskopisch wiesen die affizierten Haare Schwellungen, abwechselnd mit Einschnürungen dar. Eine Neigung zur Brüchigkeit oder zur Bürstenform war nicht vorhanden. Die Haarpulpe war deutlich atrophisch. Parasiten irgendwelcher Art konnten nirgends entdeckt werden. Die Affektion ist vor 12 Monaten ohne erkennbare Ursache entstanden und hat sich seitdem verschlimmert, während das Allgemeinbefinden des Kindes sonst ein gutes ist. Erbliche Belastung liegt nicht vor.

C. Berliner-Aachen.

Beitrag zur pathologischen Anatomie des Xeroderma pigmentosum, von WESOLOWSKI. (*Centralbl. f. allg. Pathol. etc.* 1899. No. 29.) Zwei Fälle von Xeroderma pigmentosum hat Verfasser eingehend mikroskopisch untersucht; er benutzte Hautstücke, die Pigmentflecke, narbenartige Stellen, Gefäfssternchen, Hornwarzen, Angiome, zum Teil auch pigmentirte und pigmentlose Neubildungen enthielten. Aus dem sehr eingehend wiedergegebenen Befunde kann hier leider nur ein kurzer Auszug wiedergegeben werden: Die Pigmentationen entstehen durch herdweises Auftreten abnorm grofser Pigmentquantitäten in den Chromatophoren der Haut, von wo sie in die Epidermis übergehen. Sie häufen sich vorwiegend in den Basalzellen der Stachelschicht, aber auch die oberen Epidermisschichten sind nicht pigmentfrei. Die oberflächliche Eliminierung verhornter, pigmenthaltiger Zellen ist zu gering im Vergleich zur Anhäufung, so dafs immer überschüssiges Pigment vorhanden bleibt. Die Basalzellen gehen — wohl durch Einfluls des Pigments — degenerativ zu Grunde, während das Pigment schwindet, das kollagene Gewebe hypertrophiert, das elastische atrophiert, so dafs schliefslich die Epidermis der papillenlosen Lederhaut glatt anliegt. Das ist dann die Xerodermnarbe. Von Anfang an sind die oberflächlichen Kapillaren ektatisch und blutreich; später tritt sogar oft eine Gefäfsvermehrung mit Angiombildung ein. Es kann durch Endothelwucherung zu Endothelsarkomen kommen, pigmentierten wie pigmentlosen. Die melanotischen Sarkome kommen unter Mitwirkung der Chromatophoren zu stande. — Die Hornwarzen entstehen durch Hornanhäufungen auf in die Länge gezogenen Papillen. In den Hornmassen findet man nicht selten Epithelperlen.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Ausgedehnter Lupus erythematosus, von WHITFIELD. (*Brit. med. Journ.* 29. April 1899.) Die 56jährige Patientin leidet seit 10 Jahren an Lupus erythema-

tosus, der zuerst hinter dem linken Ohre begann und sich allmählich bis zur Protuberantia occipitalis ausdehnte. Aufserdem sieht man zahlreiche discoide Flecke auf der Nase, beiden Wangen. Die Ohren sind beiderseits an der inneren Fläche der Muschel befallen. Bei Besprechung der Therapie unterscheidet Verfasser die palliativen und die aktiven Mittel. Er warnt vor dem unzeitigen Gebrauche der letzteren, welche dann mehr Schaden anrichten, als nützen. *C. Berliner-Aachen.*

Lupus erythematosus, von J. N. Bloom. (*Louisville Journ.* 1900. No. 40.) Vorstellung eines Falles von Lupus erythematosus mit der Gegendiagnose Lupus vulgaris. *Fr. E. Hopf-Dresden.*

Über retikuläre Atrophie der Fascien und Sehnenscheiden (und über lepröse Perimyositis), von v. Recklinghausen-Strafsburg i. E. (Vhdlgn. der dtsch. Pathol. Gesellschaft. Reimer, Berlin. 1899.) Beide Themata behandelte v. Recklinghausen unter einem gemeinsamen Gesichtspunkt. Ersterem Thema liegt ein Fall von **symmetrischer Gangrän** und **Sklerodermie** zu Grunde. Die Fascien über den Muskeln des Ober- und Unterarms, statt eine Membran darzustellen, waren durchlöchert, auf Balken an vielen Stellen reduciert, die ein weitmaschiges Netzwerk bildeten. Den gleichen Zustand boten das Ligam. intermusculare und das lockere interfasciculäre Bindegewebe der Muskeln, sowie die Scheide einzelner Sehnen über dem Capselgelenk. Mikroskopisch handelt es sich um Rarefikation und ausgedehnte hyaline Degeneration des Bindegewebes. Mit intermittierendem Jucken und mit Anschwellung der rechten Hand hatte die Krankheit angefangen und sich unter allerhand vasomotorischen Erscheinungen, lokaler Asphyxie zur richtigen Sklerodermie und zu neuritischen Verschwärungen entwickelt, ohne dafs eine Ursache dieser **Raynaud-schen Krankheit** nachzuweisen war. Die anatomische Untersuchung des Halssympathicus und der Armnerven liefs keinerlei Abnormität darin erkennen. (Hirn- und Rückenmark standen nicht zur Verfügung.) An den subcutanen Venen und den kleinen Arterien fanden sich Intimaverdickungen, welche v. R. als Ausdruck abnormer Gefäfsinnervationen auffafst und zwar als Folge einer häufigen Wiederkehr derselben. Während mikroskopisch degenerative Erscheinungen, Zellenschwund und die Produkte hyaliner Bindegewebsmetamorphose weit in den Vordergrund traten, finden sich als Zeugen aktiver Wucherung höchstens zerstreute miliare, rundliche und ovale Symptome, welche perivasculär in den oberflächlichsten Schichten der Sehnenhüllen zu finden waren. Diese Wucherungsherde ergaben dem Autor wie jene endoarteritischen und endophlebitischen Gefäfserkrankungen die Berechtigung, nicht nur das Ganze als die anatomische Manifestation der Raynaudschen Krankheit zu bezeichnen, sondern auch für die Hautdecken die Analogie mit den leproiden Erkrankungen aufzustellen.

v. R. schliefst hier das zweite Thema an, die Schilderung eigentümlicher Veränderungen in den peripheren Schichten der Extensorenmuskeln und ihrer Fascien in einem Falle von **Lepra tuberosa**. v. R. beschäftigt sich vor allem mit einer weifsen Längsstreifung an den zur Sehne strebenden Abschnitten des Triceps brachii und des Quadriceps cruris. Diese hatte mikroskopisch mit einer Lipomatosis nichts zu thun, erwies sich vielmehr als eine krümliche, grobkörnige, fettige, homogene Substanz. Leprabazillen fanden sich nicht in ihr, obwohl solche in den Extremitätennerven vorhanden waren. v. R. leitet die fraglichen Massen „von den perivaskulären platten Plasmazellen des interstitiellen Bindegewebes ab, welche, aufserordentlich grofs, zu richtigen Leprazellen geworden waren. (Unna." [? Refer.]) Diese bildeten vielzeilige, bandartige Streifen; sie enthielten grofstropfiges Fett und die Annahme eines Freiwerdens und Zusammenfliefsens des Fetttropfens lag nahe, wiewohl ein kontinuierlicher Übergang zu den weifsen Streifen nicht zu eruieren war. Andernfalls war an

einen Transport des durch die Lepraherde aus den Zellen des Unterhautfettgewebes freigewordenen Fettes in das Perimysium internum zu denken. Die gelbweifsen Stellen der hyperplastischen Inguinaldrüsen führt v. R. auf eine ähnliche Anhäufung homogener Fettmassen zurück, nimmt also mit Iwanowsky (*Virch. Arch.* Bd. 81) eine fettige Infiltration der Lymphdrüsenzellen an. v. R. fand aufserdem eine starke Hämochromatose der glatten Muskelfasern des ganzen Digestionstractus, der kleineren Arterien und Lymphgefäfse an den Extremitäten, eine beginnende pigmentäre Cirrhose der Leber, eine kolossale Vergröfserung der Milz mit Induration, Pigment- und Infarctbildung.

Als weiteren Befund hebt v. R. hyaline Kapillarthromben hervor, welche zwischen den Muskelfasern lagen und diese wie Spangen umschlossen. Die geschilderten Befunde waren nur an der den Hautdecken zugekehrten Seite der Muskeln zu erheben. Eine innigere Beziehung zu den von leprösen Herden durchsetzten Fascien war nicht zu verkennen. Beide Fälle vereinigt der Umstand, dafs geringe vasomotorische Störungen der lokalen Cirkulation, wenn sie oft wiederkehren, bei der Raynaudschen Krankheit und bei der Lepra genügen, um gewaltige Veränderungen in gewissen bindegewebigen Hüllen zu erzeugen, Veränderungen teils aktiver, teils passiver Art, die letzteren zu neurotischen Geschwüren führend, wie sie bei der Sklerodermia an den Fingern, bei der Lepra an den Zehen in ganz analogem Habitus aufgetreten waren." *Ernst Delbanco-Hamburg.*

Skleroderma mit Attacken von lokaler Synkope, von Herringham. (*Brit. med. Journ.* 4. Nov. 1899.) Ein 30jähriger Mann war bis Weihnachten 1899 vollkommen gesund, als er Schmerzen in den Händen, Armen und Schultern bekam. Im darauffolgenden Frühjahr stellte sich zeitweilig taubes Gefühl in den Händen ein. Während dieser Attacken wurden die Hände weifs und kalt wie die eines Toten. Der Radialpuls war normal. Die Haut an den befallenen Stellen war hart und gespannt, die Beugemuskeln der Handgelenke kontrahiert und starr. Die Füfse waren in gleicher Weise erkrankt, so dafs der Patient seit Beginn der Krankheit zu Bett liegen mufste.

Es handelt sich im vorliegenden Falle um ein Skleroderma nicht nur der Haut, sondern auch der tieferen Gewebe. — Für die Ätiologie sind keine Anhaltspunkte. Der Patient hat keine Syphilis gehabt und ist erblich nicht belastet.

C. Berliner-Aachen.

Sclerema neonatorum oedematosum im Zusammenhang mit ausgedehnter Lungenblutung, von Jos. Esser-Giessen. (*Münch. med. Wochenschr.* 1900. No. 11.) Bei der Sektion eines Kindes, das am 8. Lebenstage unter den typischen Erscheinungen von Sklerödem zu Grunde gegangen war, fand sich aufser dem Ödem des Unterhautzellgewebes eine auffallend starke venöse Hyperämie in allen Organen. Der rechte Vorhof war dilatiert, Ductus Botalli und Foramen ovale waren offen; die Lungen, deren Volumen bedeutend vergröfsert war, zeigten ziemlich feste Konsistenz und dunkelblaurote Farbe; von der Schnittfläche beider Lungen flofs dunkles Blut ab; nur der linke Oberlappen war, ungefähr zur Hälfte, lufthaltig. Aus den kleineren und mittelgrofsen Bronchien entleerte sich blutige Flüssigkeit. Die mikroskopische Untersuchung ergab, dafs die Wand der kleineren Lungenvenen an vielen Stellen eingerissen, und dafs von diesen Rifsstellen aus Blut in das Lungenparenchym durchgebrochen war; die gedehnten Alveolen und Bronchien waren mehr oder weniger vollständig von Blut ausgefüllt. — Der Verfasser glaubt, dafs in diesem Falle die durch eine Lungenblähung verursachte Behinderung des Abflusses aus den Lungenvenen und starke Dehnung dieser Venen zu Kapillarrupturen und zu Zerreifsung der dünnwandigen Venen geführt hat. Der so entstandene Bluterguls setzte dem rechten

Ventrikel und rückwirkend dem rechten Vorhof und den Körpervenen beträchtlichen Widerstand entgegen, der starke venöse Stauung im grofsen Kreislauf bewirkte. Die Stauung führte ihrerseits durch den Druck, den sie auf die Kapillarwände und das diese umgebende Gewebe ausübte, zu einer Herabsetzung der Gewebespannung. Die Kapillarwände und das umgebende Gewebe wurden überdies infolge der mangelhaften Arterialisation des Blutes schlecht ernährt. Die Herabsetzung der Gewebespannung aber führte im Verein mit der schlechten Ernährung zur Entstehung des Ödems, und zwar einerseits durch eine Begünstigung der Transsudation von Flüssigkeit, andererseits durch ein erschwertes Fortschaffen derselben. *Otto Götz-München.*

Myxödem, behandelt mit Kolloid, von BUCHANAN. (*Brit. med. Journ.* 14. Jan. 1899.) Der 54jährige Patient mit Myxödem wurde mit Kolloidsubstanz nach Dr. R. HUTCHINSONS Formel behandelt. Die Symptome verschwanden in auffallender Weise. Nach viermonatlicher Behandlung war der Patient vollständig wiederhergestellt. Aufnahmen des Patienten vor und nach der Behandlung illustrieren den glänzenden Erfolg. *C. Berliner-Aachen.*

Myxödem, behandelt mit Kolloidsubstanz, von ROBERT BUCHANAN. (*Brit. med. Journ.* 17. Juni 1899.) Der 54jährige Patient konsultierte am 7. Januar 1898 den Verfasser wegen Schwäche, Mattigkeit, Schmerzen in den Beinen, Schläfrigkeit und Abnahme des Gedächtnisses. In den letzten 2 Jahren hatte sein Körpergewicht bedeutend zugenommen, Gesicht und Körper waren gedunsen, die Lippen verdickt. Die Haare, die früher üppig waren, sind dünn geworden und zum gröfsten Teil, auch an den Augenbrauen und Augenwimpern, ausgefallen; die übriggebliebenen sind fast weifs, glanzlos, brüchig. Hände und Füfse sind vergröfsert, plump; der Gang ist schwerfällig, die Sprache des Patienten ist sehr langsam und mühsam, die Stimme monoton, der Gesichtsausdruck starr. Der Patient lacht niemals, weil sein Gesicht „zu steif" ist. Am 25. Januar 1898 wurde die Behandlung mit Kolloidsubstanz in allmählich steigenden Dosen begonnen. Das Resultat war ein rapides Verschwinden aller Symptome und Rückkehr zur normalen Gesundheit. Der Patient konnte wieder und mit frischem Mute seiner Berufsthätigkeit nachgehen. Während der Behandlung fielen alle Haare aus, dafür wuchsen reichliche, braune. Der Puls, der früher verlangsamt war und 54—60 Schläge hatte, kehrte zur Norm zurück. Das Körpergewicht sank allmählich trotz zunehmenden Appetits des Patienten. Bis Ende Mai hielt der ausgezeichnete Zustand noch an. Seitdem hat sich der Patient nicht mehr sehen lassen. *C. Berliner-Aachen.*

Klinischer Bericht über einen Fall von Myxödem, von H. BEATES JR. (*Internat. Med. Mag.* Jan. 1900.) Es handelte sich um einen zweijährigen Knaben, der um das Ende des ersten Lebensjahres Zeichen von Myxödem darzubieten anfing. Subnormale Temperatur, kalte Oberfläche, langsamer Puls, unnatürlich weifse, trockene, gelbliche, aber nicht ikterische Haut. Kretinenhafte Physiognomie, Kopf wird gesenkt gehalten, Haar grob, Zunge etwas vortretend, Lippen dick. In der linken Axilla fand sich ein Cystom, nach dessen Entfernung die Hand myxödematös anschwoll. Es wurde mit Unterbrechungen 1½ Jahre lang trockener Thyreoidextrakt in Dosen von 0,3 bis 1,8 g ter die gegeben. Seit 2 Jahren ist der nunmehr 5½jährige Knabe ohne weitere Behandlung allem Anschein nach völlig gesund. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Idioneurosen.

Der Pruritus und die Trichotillomanie bei der progressiven Paralyse, von Féré. (*Rif. med.* 1899. No. 51.) F. hat den Pruritus cutaneus ohne Hautläsion unter 26 Paralytikern dreimal vorgefunden. In einem dieser drei Fälle war er über den ganzen Körper ausgebreitet und exacerbierte jeweilen nach den Mahlzeiten, nach Gemütserschütterungen oder nach heftigen Leibesübungen. Er verschwand vollständig nach einem apoplektischen Anfalle. In den beiden anderen Fällen war er lokalisiert und dauerte einige Wochen resp. Monate. Wahrscheinlich ist dieser Pruritus die Folge eines Reizzustandes der Hirnrinde. Als Trichotillomanie hat Hallopeau eine Art des Pruritus beschrieben, der auf die behaarten Körperstellen lokalisiert bleibt, äufserst heftig und langdauernd ist. Am meisten Linderung bringen Einpinseln mit Firnissen und Einpackungen mit Kautschuk. *C. Müller-Genf.*

Über Pruritus ani, von J. P. Tuttle-New York. (*Med. News.* 27. Jan. 1900.) Im allgemeinen glaubt T. nicht an einen sog. essentiellen Pruritus ani, sondern an eine Abhängigkeit desselben von irgend einem bestehenden Leiden, wovon folgende hauptsächlich zu nennen sind: Oxyuren, Obstipation, Hämorrhoiden, Fissur und Fistel des Anus, Neubildungen des Rectum, Pediculi, andere Parasiten, Ekzem verschiedener Art, Strikturen der Harnröhre, Blasensteine, Blennorrhoe, Nephritis, Rückenmarks- und Gehirnkrankheiten, katarrhalische Erkrankungen des Rectum, des S. romanum und Colon, Rheumatismus und Uricaemie. Abgesehen von ganz spezifischen Ursachen sieht T. in den letztgenannten drei Gruppen von Krankheiten die häufigste Ursache von heftigem Pruritus, was er auch bei entsprechend ätiologischer Behandlung solcher Patienten bestätigt findet. Was die lokalen Mittel betrifft, die meist zur Beruhigung nötig sind, so hängen sie sehr oft von dem Grundleiden ab, manche bedürfen Stimulantien, manche beruhigende Mittel, bei dem einen wirkt heifses Wasser, bei dem anderen wieder nur kaltes sehr gut. Alle die weiteren Mittel, wie Karbollösungen, Salicylsäure, Kampher, Kokain, Teer u. s. w. mögen in dem einen oder anderen Fall von Vorteil sein. T. gebrauchte mit besonderem Nutzen Ichthyol oder folgende Mischung: Acid. carbol. 10,0—20.0, Acid. salicyl. 2.0—10,0, Acid. boric. 5,0 ad Glycerin. oder Coldcream 100,9; ferner bei schmerzhaftem Stuhlgang Konium und Kokain. Seit den letzten 5—6 Jahren, wo T. sich bemüht, die wahre ätiologische Erkrankung, wovon Pruritus ani nur ein Symptom ist, zu behandeln, fand er es wegen desselben nie mehr nötig, die Kurette oder den Thermokauter anzuwenden oder gar die juckenden Teile radikal zu excidieren. *Stern-München.*

Saprophyten und Fremdkörper.

Die erfolgreiche Entfernung von Tättowierungen, von Ohmann-Dumesnil-St. Louis. (*St. Louis med. Journ.* Febr. 1900.) Über die Methode von O. hatte schon Skillern im *Philadelphia medical Journal* vom 18. Juni 1898 (referiert in diesen Monatsheften, 1899, Bd. 28, pag. 273), einen ziemlich umfangreichen, sehr lobenden Bericht gegeben. In vorliegender Arbeit teilt O. weitere, inzwischen gesammelte Erfahrungen mit. Es sei hier nur nochmals die Zusammensetzung des Mittels, welches allein dem Verfasser befriedigende Resultate bei der Entfernung von Tättowiermarken gegeben, angeführt:

Papoid. pulver.		0,72 g
Aq. destill.		3,6 (= 60 minims)
Glycerin.		10,8 (= 180 minims)
Acid. hydrochl.	dil. gtts.	3

Das Glycerin soll chemisch rein sein, erst die Säure zum Wasser hinzugefügt und mit dem Papoid (Papain) im Mörser verrieben werden; dies läfst man eine Stunde oder länger stehen, fügt Glycerin hinzu und läfst das Ganze ca. 3 Stunden stehen, worauf es filtriert wird. Wenn man genau diese Technik befolgt, so sollen die Resultate mit dem Mittel immer vorzügliche sein. Die Litteratur über Tättowierung und die Entfernung der Tättowierzeichen, welche O. zum Schlusse beifügt, enthält 47 Arbeiten. *Stern-München.*

Neuer Fall von Filaria Loa, von R. Blanchard. (*Arch. de Parasit.* 1899. No. 4.) Verfasser bringt zuerst eine kurze Übersicht der 25 bis jetzt veröffentlichten Fälle von Filaria Loa und beschreibt sodann seinen eigenen, der einen 31jährigen Mann betrifft, welcher sich zwei Jahre im französischen Kongo aufgehalten hatte. Als der Wurm endlich entfernt werden konnte, hatte er bereits 2 Jahre in den Augen des Patienten seinen Wohnsitz aufgeschlagen, indem er von dem linken in das rechte gewandert war. Gegenwärtig ist die Struktur des Männchens und des Weibchens bekannt; es bleibt weiteren Untersuchungen vorbehalten, die Embryonen im Blute der Patienten nachzuweisen. In die vordere Augenkammer gelangen sie wahrscheinlich durch die Irisgefäfse. Die Verbreitung findet offenbar durch Diptheren statt, welche die Embryonen mit dem Blute aussaugen und weiter tragen.

C. Müller-Genf.

Bemerkungen über den Guinea-Wurm, von V. Harington. (*Brit. med. Journ.* 21. Januar 1899.) Verfasser war als Militärarzt in einer Gegend stationiert, wo er Gelegenheit hatte 200 mit dem Parasiten behaftete Patienten zu beobachten. In 75—80% wurde der Parasit an den unteren Extremitäten und hier meistens unterhalb des Kniegelenks vorgefunden. 20—25% hatten sich an anderen Körperteilen eingenistet. Zumeist sitzen die Parasiten nicht sehr tief in der Haut. In einer Reihe von Fällen konnte man sie unter der Haut mit dem Finger entdecken. — Die Infizierung mit dem im Wasser sich vorfindenden Parasiten geschieht nach der Ansicht des Verfassers nicht vom Darmkanal aus, sondern direkt von aufsen durch die Hautporen. *C. Berliner-Aachen.*

Mifsbildungen.

Naevus varicosus osteo-hypertrophicus, von M. Klippel und P. Trenaunay. (*Journ. d. pratic.* 1900. No. 5.) Bei einem 28jährigen tuberkulösen Manne fand sich ein Naevus vasculosus, der sich über die untere Hälfte der rechten Seite des Abdomens, die rechte Seite des Skrotums und fast über die ganze Streckseite des rechten Beines und den ganzen Fufs hinzog. Entsprechend dem Verbreitungsgebiete dieses Naevus finden sich an der Rückenfläche des Stammes und an der Beugeseite der unteren rechten Extremität zahlreiche Varicen, die besonders am Unterschenkel stark entwickelt sind. Aufserdem aber besteht auch noch eine beträchtliche Hypertrophie sämtlicher Knochen der rechten unteren Extremität; dieselbe ist um 4 cm länger als die linke. Diese Symptomentrias ist von leichten trophischen Störungen begleitet: an der Streckseite des rechten Unterschenkels fehlen die Haare vollständig, während der Unterschenkel sehr dicht behaart ist. Die Nägel des rechten Fufses wiesen unregelmäfsige Form, Längsstreifung und Schuppenbildung auf, ihr freies Ende ist verdickt. Die Muskeln am rechten Oberschenkel sind hypertrophisch, die Muskeln des rechten Unterschenkels atrophisch. Am rechten Bein besteht ausgesprochene Hyperhidrose. Sensibilität und Reflexe sind normal.

Ganz analoge Fälle wurden schon mehrfach beobachtet und beschrieben; jedoch legten alle Autoren das Hauptgewicht auf die Hypertrophie der Knochen, während sie den Naevus und die Varicen als nebensächliche Erscheinungen, bezw. als zufällige Komplikationen der Hypertrophie betrachteten. Nach der Ansicht der Verfasser dagegen stellen die sämtlichen Erscheinungen Symptome einer einheitlichen Krankheit dar. Den Naevus halten die Verfasser für eine Zellmifsbildung infolge einer lokalen Infektion; in dem beschriebenen Falle hätte demnach eine lokale Infektion während des fötalen Lebens die Hyperplasie der Gefäfse und die Hypertrophie der Knochen bewirkt. *Götz-München.*

Verschiedenes.

In Hamburg ist durch die Redaktion der *Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen* eine **Auskunftsstelle für alle auf die Anwendung der Röntgenstrahlen sich beziehenden Angelegenheiten** eingerichtet worden. Fragen medizinischer, physikalischer oder technischer Art werden beantwortet, und soweit dieselben von allgemeinem Interesse sind, in der Zeitschrift publiziert. Alle Anfragen sind direkt an die Redaktion Dr. Albers-Schönberg, Esplanade 38, Hamburg, zu richten.

Vierter internationaler Kongrefs für Dermatologie und Syphiligraphie in Paris, vom 2.—9. August 1900.

Wir erhalten folgende

Mitteilung

betreffend die mit dem Kongrefs verbundenen mikroskopischen und bakteriologischen Demonstrationen, sowie die Ausstellung von Apparaten, Instrumenten u. s. w.

Das Organisations-Comité hat mit Rücksicht auf die Erfahrungen früherer Kongresse beschlossen, den mikroskopischen und bakteriologischen Demonstrationen einen wichtigen Platz einzuräumen. Desgleichen wird beabsichtigt, den pathologischen Präparaten und den Abbildungen die gröfstmögliche Entfaltung zu gewähren. Das Comité beehrt sich daher, den Teilnehmern am Kongrefs schon jetzt die diesbezüglichen Beschlüsse mitzuteilen.

Da die histologischen und bakteriologischen Präparate während der regelmäfsigen Sitzungen nicht in Mufse betrachtet und besprochen werden können, so werden diejenigen Herren Teilnehmer, die während ihres Vortrages und zum besseren Verständnis desselben auf Präparate hinzuweisen haben, gebeten, sich im Voraus Zeichnungen und Abbildungen derselben in vergröfsertem Mafsstabe anfertigen zu lassen. Sie können dieselben dann während ihres Vortrages im Sitzungssaal derartig aufstellen lassen, dafs der Hörer die Abbildungen während der ganzen Zeit vor Augen hat.

A. Mikroskopische und bakteriologische Demonstrationen.

Die Demonstrationen sollen in einem eigens zu diesem Zweck hergerichteten Saal stattfinden und zu einer Zeit, die mit den Kongrefssitzungen nicht zusammenfällt, damit jeder, der Lust hat, bequem an ihnen teilnehmen und in Ruhe alles beschauen kann. In diesem Saal werden denjenigen Herren, die etwas zu demonstrieren wünschen, Mikroskope rechtzeitig zur Verfügung gehalten. Das Programm der Demonstrationen wird vorher bekannt gegeben und zwar sollen sie immer auf die Vorträge des nämlichen Tages Bezug haben, wobei die Präparate, soweit wie möglich, ihrer Bedeutung

entsprechend gruppiert werden sollen. Die jedem einzelnen Redner für seine Demonstration zu gewährende Zeit wird sich nach der Zahl der angemeldeten Vorträge richten.

Diejenigen Herren Teilnehmer, die mikroskopische oder bakteriologische Präparate vorzuführen wünschen, wollen sich vor dem 1. Juni mit Angabe des Inhalts ihrer Demonstrationen und der ungefähren Anzahl der Präparate an M. le Dr. Darier, rue de Rome 8, Paris, wenden.

B. Projektionsbilder.

Auch nach dieser Richtung hat das Organisations-Comité Sorge getragen. Es können graphische Darstellungen aus dem Gebiet der klinischen Dermatologie, der pathologischen Anatomie und der Bakteriologie projiziert werden. Diese Projektionen sollen aufserhalb der eigentlichen Sitzungen in einem eigens hierzu hergerichteten Raum stattfinden. Für die dazu erforderlichen Apparate selber und für einen zuverlässigen Mann zu ihrer Bedienung ist gesorgt. Diejenigen Herren, die sich dieses Projektionsapparates zu bedienen wünschen, werden gleichfalls gebeten, noch vor dem 1. Juni hiervon unter Angabe der Art und Zahl der Projektionen dem Generalsekretär Mitteilung zu machen. Die Clichés dürfen die gewöhnlichen Ausdehnungen (0,85 : 0,10 m) nicht überschreiten.

C. Ausstellungen, betr. pathologische Anatomie, Bakteriologie und Technik.

An den Saal für die mikroskopischen Demonstrationen soll sich ein Raum anschliefsen, der zur längeren Aufnahme für Präparate der pathologischen Anatomie und der Bakteriologie bestimmt ist. Hier können sowohl trockene wie in Spiritus oder sonstwie aufbewahrte Präparate, Kulturen, Instrumente, Photographien und anderweitige Abbildungen ausgestellt werden. Das Organisations-Comité erlaubt sich darauf hinzuweisen, dafs es zweckmäfsiger ist, die für diese Ausstellung bestimmten Kulturen von Hautpilzen nicht in Petrischen Büchsen, sondern in Erlenmeyerschen Kolben anzulegen.

D. Ausstellung von Wachsnachbildungen, Photographien u. s. w.

Ein Saal soll ausschliefslich zur Aufnahme von Wachsnachbildungen, Aquarellen, Zeichnungen und Photographien interessanter Hautkrankheiten hergerichtet werden.

E. Ausstellung von Porträts und Kunstwerken.

Ein anderer Saal steht endlich zur Verfügung, um die Bildnisse verstorbener Dermatologen aller Länder, sowie alte und neuere Kunstwerke (Gemälde, Radierungen, Skulpturen, im Original oder in Steindruck- und Lichtdrucknachbildungen) durch die Haut- und syphilitische Krankheiten dargestellt werden, aufzunehmen. Die Herren Teilnehmer werden besonders gebeten, dem Generalsekretär etwaige Sammler zu bezeichnen, die diesen Teil der Ausstellung beschicken oder nützliche Ratschläge erteilen könnten.

F. Sendungen.

Diejenigen Herren, die einen oder den anderen Teil der Ausstellung zu beschicken wünschen, werden gebeten, hiervon den Generalsekretär vor dem 1. Juni in Kenntnis zu setzen unter gleichzeitiger Angabe des Raumes, den sie beanspruchen. Auf Wunsch stehen ihnen Anweisungen über Verpackung und zollfreie Einführung der Ausstellungsgegenstände in Frankreich zur Verfügung.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Sachverzeichnis.

Abscefs, Periarticulärer A. mit Gonokokkenbefund (Faltin) 142.
Absorption, Blasenspülungen und ihre Beziehungen zur (Barbiani) 334.
Achorion Schönleinii, Experimentelle und klinische Eigenschaften desselben (Bukovsky) 519.
Acne 163.
— und ihre Behandlung, Die (Jessner) 26.
— Klinisches über A. und den seborrhoischen Zustand (Schütz) 517.
— cornea (Giovannini) 550.
— excorians der jungen Mädchen (Brocq) 29.
— keloides 440.
— necrotica (Sabouraud und Amabilis) 19.
— varioliformis 528.
— vulgaris pustulosa 528.
— Jodkalium bei der Behandlung der (Leviseur) 543.
Acrodermatitis pustulosa hiemalis (Crocker) 487.
Addisonsche Krankheit (Turner) 36; (Foster) 37; (Coleman) 592; Campbell) 592; (Huismanns) 593.
— — nach vorausgegangener Purpura haemorrhagica (Vollbracht) 36.
— — kompliziert durch Leukodermie und tuberkulöse Peritonitis (Coleman und Buskard) 593.
— — und pathologische Veränderungen der Nebennieren (Sergent und Bernard) 593.
Adenitiden, Pathogenese und Therapie der periurethralen A. und Abscesse bei Blennorrhoe (Reale) 330.
Adenoma sebaceum (Ajello) 255.
Adenomata der Haut, Multiple (Aitken) 590.
Ainhum (Moreira) 361.
Airol (Marcuse) 172.
Akanthosis nigricans (Buri) 35.
Atkinomykose, Alte Fälle (Blanchard) 249.
Akromegalie kompliziert durch Erscheinungen der Raynaudschen Krankheit (Boettiger) 405.
Albuminurie (Kennedy) 342: (Pechkrank) 358.
— bei Diabetes mellitus (Herzog) 99.
Alopecia areata 42. 34.
— — Behandlung mit Milchsäure (Balzer und Stoianowitch) 43.
— circumscripta, Sycosis verruca, Keloid (Shoemaker) 438.
— intermittens (Ledermann) 567.
— mycotica 42.
— praematura (Saalfeld) 25.
— seborrhoica 40
— symptomatica 43.
Alopecie nach dem Gebrauche von Thalliumacetat (Giovanni) 211.
Alopecien (Brocq) 260.
Alt-Tuberkulin, Wert desselben (Neisser) 496.
Amenorrhoe mit Raynaudscher Krankheit und Lungentuberkulose (Byers) 178.
Analgegend, Geschwüre (Rille) 17.
Androgyne, Ein angeblicher A. in einer Anstaltsabteilung für Frauen (Ricoux und Andry) 308.
Aneurysma bei kongenitaler Syphilis (Hutchinsan) 569.
Angiome, Behandlung mit Elektrolyse (Guilbard) 590.
Anheilung ungestielter Hautlappen (Braun) 359.
Anthrax (Reynier) 30.
Antinosin bei der Behandlung von Enuresis, Cystitis und Urethritis (Amyx) 337.
Antistreptokokken-Serum (Moore) 33.

Antistreptokokkenserum bei der Behandlung der Variola (Lindsay) 452.
Argyrose (Menzel) 49.
Aristol bei Brandwunden (Roelig) 182.
Arsenik, Anwesenheit von A. im normalen Organismus (Gautier) 359. 408.
— Nachweis auf biologischem Wege in den Hautschuppen, Haaren, Schweifs und Urin (Scholtz) 556.
— ein Irritans für die Haut (Roberts) 172.
— in der Therapie des Scharlachs (Selzer) 189.
— Radikalbehandlung des Epithelialkrebses mit (Trunecek) 587.
— als Ursache eines Epithelioms bei Psoriasis (Hartzell) 547.
Arsenikmelanodermie (Enriquez und Lereboullet) 256.
Arthritis blennorrhoica (O'Conor) 348.
— Ätiologie und rationelle Behandlung der urethralen (Forbes) 526.
Arzneiexantheme (Jessner) 399.
Asepsis in der urologischen Praxis (Weiss) 309.
Asthma und Eccema, Zusammenhang zwischen beiden (Taylor) 239.
Atrophia cutis idiopathica (Rille) 89; (Heller) 325.
— — idiopathica diffusa progressiva cutis im Gegensatz zur senilen Atrophie der Haut (Huber) 573.
— der Fascien und Sehnenscheiden, Retikuläre (v. Recklinghausen) 598.
Augenblennorrhoe, Behandlung mit Largin (Almkvist) 39.
— Kalomelbehandlung derselben (Joukaloff) 144.
Augenerkrankungen, Die ekzematösen (Bach) 440.
— Gummöse (Evans) 502.
— infolge von Syphilis (Hilscher) 163.
Aussatz s. Lepra.
Autoserotherapie der Syphilis (Levi) 168.

Bacillus icteroides als Ursache des gelben Fiebers (Sternberg) 263.
Bacterium coli bei der Cystitis des Menschen (Bosellini) 329.
Bakteriologische Präparate (Blumenthal) 570.
Bakteriurie (Seelig) 99.
Barlowsche Krankheit, Pathologische Anatomie (Jacobsthal) 441.
Bartolinische Drüsen, Abscefs derselben (D'Amato) 581.
Bartholinitis (Hügel) 432.
Basedowsche Krankheit, Hauthämorrhagie und Pigmentation in einem Falle von (Nicol) 488.
Behaarungsanomalie (Rost) 50.
Beingeschwür s. Ulcus cruris.
Betulin (Reichardt) 172.
Bindegewebsgrundsubstanzen, Genese einiger B. (Hansen) 145.
Bläschenausschlag nach Genufs der Miesmuscheln, Universeller (Rendu) 183.
Blase, Ausdrückbare (Kapsammer) 89.
— nach Cystotomia suprapubica, Dauerspülung der (Fort) 334.
— Drainage (Zuckerkandl) 91; (Kaczkowski) 335.
— — durch einen Katheter in der Harnröhre (Cabot) 435.
— Kontusion der (Zuckerkandl) 141.
— Fremdkörper in der (Trzebicky) 90.
— Invagination der B. in den rechten Ureter (Carrel) 91.
— und der Nieren, Lithiasis der (Stubenrauch) 341.
— Reflexerscheinungen der (Hanc) 335.
— Intraperitoneale Ruptur (Baroni) 90.
— Rechtsseitige Verlagerung mit Darmobstruktion (Carr) 336.
— Tuberkulöse (Battle) 335.
— Verbindungen der Lymphgefäfse der B. mit denen der Prostata (Stahr) 95.
Blasenphotographie (Berger) 160.
Blasenplastik (Rutkowski) 91.
Blasenspülung (Roerig) 216.
Blasensteine bei Kindern (Jubainville) 40.
Blasentumor (Katin) 406.
Blasentumoren mit Beseitigung durch den Bauchschnitt (Loumeau) 337.
Blasenwaschung und ihre Beziehung zur Absorption (Barbiani) 334.
Blastomycetische Dermatitis auf der Basis syphilitischer Geschwüre (Anthony und Herzog) 525.
Bleinitrat beim weichen Schanker (Melazzo) 329.
Blennorrhoe, Akute (Lidermann) 250.
— Subakute (Dowd) 526.
— beim Neugeborenen (Sokolow) 348.
— Inkubationsdauer bei der (Dreyer) 484.
— und Eheconsens (Neisser) 346; (Callari) 391.
— Abscesse bei (Reale) 330.
— der Augen, behandelt mit Kalomel (Ponkaloff) 144.
— Gelenkaffektionen bei (Moynihan) 349.
— Muskelerkrankung bei (Eichhorst) 348.
— Spinale Komplikationen (Kalindero) 347; (Caro) 347.
— Prophylaxe (Frank) 347.
— Behandlung der chronischen (Martin) (Weidenhammer) 566.
— Antiparasitäre Heilmethoden (Feleki) 350.
— Kausale Therapie (Noble) 351.
— Was und wie sollen wir bei Bl. injizieren? (Weiss) 352.
— behandelt mit Antinosin (Amyx) 337.

Blennorrhoe, Gonorol bei (Steche) 351.
— Largin gegen (Allgeyer) 330.
— Behandlung mit medikamentösen Stäbchen (Lokestein) 144.
— Protargolbehandlung (Panichi) 144; (Tipzeff) 352; (Kleinmann) 144; (Ahlstroem) 80.
— Das salicylsaure Natron bei Hodenentzündung (Romme) 350.
Blennorrhoische Infektion, Latenz derselben (Murray) 142.
Blennorrhoischer Prozefs, Pathologische Anatomie desselben (Ghon und Schlagenhaufer) 141.
— Arthritis (O'Conor) 348; (Sokolow) 348.
— Cervixkatarrh, Behandlung desselben (Felgl) 351.
— Epididymitis (Werler) 350; (Kaufmann) 514.
— Gonitis (Michailow) 349; (Bennecke 25.
— Handgelenksentzündung (Blaschko) 75.
— Sehnenscheidenentzündung (Wetzel) 143.
Blut, Gehalt von Leukocyten bei Erysipelatösen (Chantemesse und Rey) 244.
Blutgefäfsmetastase 302.
Blutveränderungen bei der Syphilis (Sorrentino) 196.
Bordelle, Sind die B. vom ärztlichen Standpunkt aus empfehlenswert (Le Pileur) 581.
Botryomykose (Dolore) 246.
Botryomykosis humana (Verdelett) 392.
Bottinis Operation (Newman) 341.
Bouba, Ätiologie des B. (Majocchi und Bosellini) 554.
Bromakne, Grofsknotige (Steiner) 444.
Bronzed skin bei hypertrophischer Lebercirrhose (Osler) 593.
Brustwarze, Geschwülste der weiblichen (Ehrhardt) 586.
Bullöser Ausschlag (Fox) 216.

Canadabalsam in der Therapie des Blasenkatarrhs (Mesnard) 312.
Carcinombildung, Lupus erythematosus mit multipler (Kreibich) 518.
Cauterisator prostatae zur Bottinischen Operation (Freudenberg) 96.
Celloidinum inelasticum und Collodium elasticum (Unna) 476.
Chemie im täglichen Leben (Lassar-Cohn) 394.
Chemotaxis bei den Tieren (La Mensa) 329.
— bei Tieren, Aufhebung durch das syphilitische Virus und dessen Toxine (La Mensa) 330.
Chrysarobin, Histologische Untersuchung über seine Wirkung (Hodara) 53.
Chrysarobin, Färbung der weifsen Wäsche 52.
Chylurie (Reich) 343.
Collodium elasticum und Celloidinum inelasticum (Unna) 476.
Condylome, Nosologische Bemerkungen (Rasch) 484.
Cornu cutaneum (Kracht) 295.
Cornua cutanea penis (Poppe) 35.
Cysticerkose, Multiple (Posselt) 49.
Cystinurie (Morligne) 219.
— Familiäre (Cohn) 100.
Cystitis (Dowd) 162; Howland) 311; (Verhoogen) 312.
— Ätiologie der infektiösen (Calvar) 436.
— Bacterium coli bei (Bosellini) 329.
— bei einem zweijährigen Kinde (Halpern) 574.
— behandelt mit Antinosin (Amyx) 337.
— Canadabalsam in der Therapie der (Mesnard) 312.
Cystoskope und Desinfektionshülse (Kollmann ued Wossidlo) 483.
Cystoskopie, Vereinfachung (Schlagintweit) 483.
Cystoskopisches Instrumentarium (Kollmann und Wossidlo) 483.
Cystotomia suprapubica (Poncet) 91.
— — Dauerspülung der Blase nach (Fort) 334.

Dactylolysis essentialis 362.
Dariersche Krankheit (Bettmann) 252.
— — Cystische Entartung der Nieren mit allgemeiner (Parker) 240.
Darminfektion gegen Pruritus der alten Leute (Parisot) 47.
Demodex s. Acarus folliculorum (Joers) 49.
Depilation mit Röntgenstrahlen (Havas) 51.
Dermatitis, Ein Fall von akuter D., verursacht durch Hantieren mit Rhus toxicodendron (Nicholson) 443.
— als Folge von Orthoformapplikation (Decken) 443.
— der Handteller und Fufssohlen (Hutchinson) 439.
— auf der Basis syphilitischer Geschwüre, Blastomycetische (Anthony und Herzog) 525.
— exfoliativa bei chronischer interstitieller Nephritis.
— — neonatorum [Rittersche Krankheit] (Parker) 240.
— gangraenosa (Couper) 489.
— herpetiformis Duhring (Rosenthal) 327; (Köhler) 445.
Dermato-histologische Technik (Joseph und Löwenbach) 26.
Dermatologen und Urologen, Taschenbuch (Notthafft) 492.

Dermatomykosen, Eisenchlorid bei der Behandlung der (Brenta) 173.
Dermatomyositis (Oppenheim) 553.
Dermatose 302.
Dermatosen, Allgemeine Pathologie der toxischen (Leredde) 150.
— Künstliches Serum bei den toxischen (Càllari) 171.
Dermatotherapeuticum, Ein neues wertvolles D. (Ohmann-Dumesnil) 163.
Dermatotherapie, Einige neue Heilmittel und Methoden (Mibelli) 399.
Diabetes mellitus (Reed) 163.
Dilatationen, Grenzen der progressiven D. bei der Behandlung der Harnröhrenverengerungen (Guiard) 219.
Diphtherie mit Erythema nodosum und Gelenkschwellungen ohne Serumbehandlung (Schütze) 442.
Diphtheriebacillen in einem Panaritium (Seitz) 248.
Diphtheritische Erkrankungen, durch eine Hebamme übertragen (Hassenstein) 29.
„Dolomol-Compounds" bei Hautkrankheiten (Ohmann-Dumesnil) 172.
Drüsentumor in der linken Supraclaviculargegend (Blaschko) 327.
Dualismus der hereditären Syphilis (Rendu) 232.
Dyspepsien bei der Entstehung einiger Hautkrankheiten (Robin und Leredde) 358.

Eccema (Schamberg) 329; (Brocq) 388. 522.
— erysipelatoides 523.
— hyperkeratoticum interdigitale (Dubreuilh) 387.
— nummulare 523.
— seborrhoicum psoriasiforme 53.
— tuberculosum (Schanzenbach) 239.
— vulgare amorphum 523.
— Ist das E. mikroparasitären Ursprungs? (Török) 389.
— und Asthma, Zusammenhang zwischen beiden (Taylor) 239.
— Naftalanbehandlung (Mares) 545.
— Sensibilitätsstörungen beim neuropathischen E. (Schenk) 546.
— behandelt mit X-Strahlen (Holland) 545.
— Chronicität des E. (Roberts) 545.
— behandlung und der faradische Strom (Vollmer) 240.
Echinacea Angustifolia, ein neues Aphrodisiacum (Stinson) 399.
Eichelhypospadie, Operative Behandlung (Watten) 310.
Eigone (Saalfeld) 173.
Eisenchlorid bei der Behandlung der Dermatomykosen (Brenta) 173.
Eiterorganismen bei der Entstehung von Hautkrankheiten (Elliot) 527.
Ekthyma, Direkte Übertragung von E. von Tier auf Mensch (Le Calvé und Malherbe) 391.
Ekzematösen Augenerkrankungen, Die (Evans) 502.
Elacin 269.
— (Krzysztalowicz) 265.
Elastin 269.
— Färbungen des (Krzysztalowicz) 265.
Elastische Fasern, Reaktion auf Höllenstein (Martinotti) 145.
Elastoclasis 270.
Elastorrhexis 270.
Elephantiasis (Smirnow) 246; (Buschke) 568.
— eines Beines (Duckworth) 555.
— brachii dextri (Wyssotzki) 570.
— congenita (Mainzer) 29.
— des Labium minus (Ehrendorfer) 17.
— scroti; Komplikation mit grofser Hernie (Elliot) 246.
— verrucosa (Krasnoff) 517.
— der Vulva (Roberts) 345.
— Arabum, Besserung durch Kalomelinjektionen (Krassnoff) 294.
— Chirurgische Behandlung (Stern) 555.
Embolie und Metastase in der Haut (Philippson) 301.
Emphysem, entstanden während des Erbrechens, Subcutanes (Bunning) 263.
Endotheliome der Haut (Spiegler) 76.
Enuresis, behandelt mit Antinosin (Amyx) 337.
Epicarin (Eichengrün) 399.
Epidermolysis bullosa hereditaria (Colombini) 457.
— — Róna 296.
Epididymitis, Gonorrhoische (Spiegelhauer) 386; Kaufmann) 514.
— Tertiäre syphilitische E. (Durand) 539.
— Salicylsaures Natron bei (Romme) 350.
— Guajacol bei (Clifford-Pery) 92.
Epididymo-Funiculectomie (Platon) 339.
Epithelcarcinom (Rille) 17; (Hornburg) 34.
— Radikalbehandlung mit Arsenik (Trunscek) 587.
Epitheliale Natur der Naevuszellen (Audry) 409.
— Tumoren auf der Stirn (Crocker) 589.
Epithelialgewächse der Augenbrauen (Crocker) 34.
Epithelioma auf Brandwunde (Bunts) 392.
— auf der Basis eines Lupuserythematosus (Pringle) 485.
— als Folgeerscheinung der Psoriasis und die Wahrscheinlichkeit eines Entstehens infolge von Arsenikdarreichung (Hartzell) 241. 547.
Epitheliombehandlung nach der Methode von Czerny-Trunecek (Demonte) 330.

Ergrauen der Haare nach Aufregung (Boissier) 260.
Ernährung (Hirschfeld) 222.
Erysipel (Maclachnan) 244.
— Recidivierendes (Soluzew) 244.
— und Erysipeloid (Lenhartz) 22.
—, Leukocytengehalt des Blutes bei (Chantemesse und Rey) 244.
— nach ritueller Circumcision (Stein) 29.
— des Gesichts bei einem Neger (Prat) 555.
— mit Antistreptokokkenserum behandelt (Murrel und Bond) 28; (Murrel) 554.
— Quecksilbersalbe bei (Dematteis) 555.
Erythema 302.
— bullosum vegetans 554.
— exsudativum multiforme (Saboltsky) 569; (Molyscheff) 569.
— Hämorrhagisches E. bei Brightscher Krankheit (Fox) 181. 442.
— nodosum und Gelenkschwellungen ohne Serumbehandlung, Diphtherie mit (Schütze) 442.
— paralyticum 39.
— symmetrisches E. der Handteller (Chalmers) 179.
— Ein Fall von toxischem E. mit tötlichem Ausgang (Kaposi) 178.
Erythemepidemien und Röteln (Schmid) 451.
Erythromelalgie (Sachs) 186; (Jacobi) 187.
Erythromelie 39.
Esthionière 331.
Eucain als lokales Anaestheticum (Hamilton) 173.
Exanthem der Melker (Audry) 524.
Exantheme, Otitis der akuten (Fruitnight) 187.
Exeresis spontana 362.

Fibroma molluscum (Merken) 254; (Trombetta) 590.
— Multiples (Nankivell) 34.
Fibromyoma des Penis (Haslam) 87.
Filaria Loa (Blanchard) 602.
Finsens Phototherapie (Bié) 396; (Löwenthal) 396.
Fistel des Orificium urethrae. Ein Fall von juxta-urethraler F. (Toubert) 436.
Florencesche Reaktion (Vertun) 215.
Frostbeulen, Zur Diagnose derselben (Unna) 70.
Formalinbehandlung der Hyperidrosis pedum (Gehrig) 48.
Furunkeln im Nacken, Recidivierende Osteomyelitis centralis des Radius nach (Auerbach) 551.

Gangrän, Bakteriologie derselben (Rath) 39.
— des Beines nach Masern, Trockene (Capaccini) 451.
Gasphlegmone, Erreger der (Fraenkel) 552.
Gefängnifs-Skorbut 503.
Gehirnsyphilis (Plicque) 233; (Mesnard) 232.
Gehirn- und Rückenmarkssyphilis (Struppler) 541.
— — mit intramuskulären Injektionen unlöslicher Quecksilbersalze behandelt (Stinson) 233.
Gelatin als Hämostaticum (Nichols) 407.
Gelenkaffektionen bei Blennorrhoe (Moynihan) 349.
— in den späteren Stadien der Syphilis (Whitfield) 236.
Gelenkentzündung, Gonorrhoische (Bennecke) 25.
Genitale Störungen (Ohmann-Dumesnil) 308.
Genitalgeschwüre (Isaac) 250. 551.
Genitalsekret der Prostituierten Moskaus, Mikroskopische Untersuchung (Orlow) 295.
Geschlechtskranke, Fragestellung und Untersuchung bei G. (Queyrat) 408.
— Die weiblichen von Saint Lazare (Jullien) 221.
Geschlechtskrankheiten, Ansteckende, Allgemeine Therapie (Caspary) 333.
— in der Armee (Vogl) 356.
— in der deutschen Armee (Marcuse) 149.
— im amerikanischen Heere (Hammond) 149.
Geschlechtsteile, Mifsbildung der (Bellin) 307.
— Aufserordentliche Entwickelung derselben (Worger) 307.
— der Frau, Einfluſs von Mifsbildungen und Störungen der G. auf deren Geschlechtstrieb (Bacon) 162.
Geschwüre, Behandlung von (Kennedy) 393.
Geschwulstbildung, Symmetrische (Jacobi) 187.
Gesichtserysipel (Juhel-Renoy) 245.
— bei einem Neger (Prat) 245.
Gesichtsfurunkel (Lympius) 30.
Glans penis (Fowker) 87.
Gonitis blennorrhoica (Michailow) 349.
Gonococcus, Zum Studium des (Cantani) 141.
— Biologie desselben (Ghon und Schlagenhaufer) 141.
Gonokokken, Lagerung im Trippersekret (Lanz) 572.
Gonokokkenbefund in einem periartikulären Abscefs (Faltin) 142.
Gonokokkenfärbung, Anwendung von Neutralrot (Richter) 426. 577.

Granuloma sarcomatoides hämorrhagicum multiplex (Cholin) 569.
— ulcerosum (Maitland) 32.
Gusjakol bei der Epididymitis (Clifford-Perry) 92.
Guineawurm, Geschichte und Verbreitung im Altertum (Bloch) 264; (Haring-ton) 692.
Gummata des Beckens (Stone) 234.
— der Herzwand (Lazarus-Barlow) 539.
Gummöse Augenerkrankung (Evans) 502.

Haare, Maurersche Hypothese von der Ableitung der H. von Hautsinnesorganen niederer Vertebraten (De Meijere) 146.
— Ergrauen der H. nach Aufregung (Boissier) 260.
— Regeneration der (Spuler) 429.
Haarfärbemittel 504.
— (Broers) 319.
Haarschwund (Jessner) 40.
— und Kahlköpfigkeit 597.
Hämaturie, Essentielle (Malherbe und Legueu) 344.
— infolge von beweglicher Niere (Cheyne) 344.
— Behandlung der Canthariden (Goff) 100.
— während der Schwangerschaft (Young) 100.
Haemochromatosis 594.
Hämophilie (Siddal) 406.
— mit erfolgreicher Anwendung der Gelatininjektion (Heymann) 179.
Hämorrhoidalknoten im frühesten Kindesalter (Burwinkel) 595.
Hämorrhoidaloperationen, die beste davon (Stinson) 259.
Hämorrhoiden (Bazy, Berger, Reclus, Tuffier) 38; (Boas und Karewski) 258; (Doyle) 594.
— Behandlung mittelst Karbol-Cocaininjektionen (Schalita) 259.
— Radikalbehandlung ohne Allgemeinnarkose (Dunagan) 595.
Händedesinfektion (Fürbringer) 408.
— Experimentaluntersuchung über (Paul und Lawrey) 504.
Harn, Quantitative Eiweifsbestimmung (Purey) 342.
Harnapparat, Larvierte Formen der chirurgischen Krankheiten des (Guyon) 220.
Harnorgane, Krankheiten der (Casper) 333.
— Krankheiten der männlichen (Friedländer) 491.
länder) 491.
Harnröhre s. Urethra.
Harnröhrenzerreifsung, Tod durch Blutvergiftung infolge H. 89.
Harnröhrenbehandlung mit Flüssigkeiten, Örtliche (Goldberg) 88.
Harnröhrenerkrankung, Irrigationsbehandlung (Nobl) 352.
Harnröhreninfektion, Spastischer Verschlufs der Speiseröhre als Symptom von (Grosglik) 328.
Harnröhrenverengerung s. Striktura.
Harnsekretion in Verbindung mit gewissen Hautkrankheiten (Bulkley) 529.
Harntraktus, Septische Infektion desselben (Newman) 82.
Haut, Absorption von Ichthyol durch die (Beck und Fenyvessy) 400.
— Multiple Adenomata der (Aitken) 590.
— Arsen, ein Irritans für die (Roberts) 172.
— Senile Atrophie der H. und Atrophia cutis idiopathica diffusa progressiva (Huber) 573.
— der Warmblüter, Durchgängigkeit der unversehrten (Vogel) 353.
— bei akuten Exanthemen, Histologische Veränderungen der (Beer) 576.
— Embolie und Metastase in der (Philippson) 301.
— Endotheliome der (Spiegler) 76.
— Urticaria kompliziert mit Hämorrhagien in der (Stein) 178.
— Einfluss des Klimas auf die (Bulkley) 161.
— Melanosarkom der (Schaleck) 580.
— Ortssinn der (Frey) 354.
— und Schleimhaut, Pemphigus der (Kreibich) 78. 298.
— Pigmentstörungen der (Venanzi) 256.
— Wirkungen des Protargols bei Erkrankungen der (Floret) 176.
— Wirkung der Röntgenstrahlen auf den Lupus und deren Nebenwirkung auf die (Himmel) 295.
— Multiple, benigne Sarkoide der (Boeck) 165.
— Multiple Sarkome (Tubby) 589.
— Tuberkuloseähnliche Veränderungen der H. bei Lepra (Ulingmüller) 481.
Hautaffektionen nach innerlichem Arsenikgebrauch (Bettmann) 431.
Haut-Angiosarkom (Winfield) 539.
Hautatrophie, Idiopathische (Bruhns) 324. (Heller) 325.
— Konsekutive (Róna) 276.
Hautausschläge, Klinische Studien über im Winter und Sommer wiederkehrende 486.
Hautdefekte, Kongenitale (Csatmai) 51.
Hautentzündungen, Veränderungen regionärer Lymphdrüsen bei artificiellen (Winternitz) 151.
Hautepitheliome, Behandlung nach der Methode von Czerny-Trunecek (Casarini) 389.
Hautfibrome, Multiple (Pears) 254.
Hautfollikel, Behandlung von infizierten (Eddowes) 546.

Hautgangrän 23.
Hauthämorrhagien und Pigmentation bei Basedowscher Krankheit (Nicol) 488.
Hauthorn, Struktur (Natanson) 78.
Hautjucken, Pathologie und Therapie des (Jessner) 492.
Hautkrankheiten, Handatlas der (Kaposi) 222.
— Studium verschiedener (Roberts) 578.
— „Dolomol Compounds“ bei (Ohmann-Dumesnil) 172.
— Dyspepsien bei der Entstehung einiger Robin und Leredde) 358.
— Eiterorganismen bei der Entstehung von (Elliot) 527.
— Harnsekretion in Verbindung mit gewissen (Bulkley) 529.
— Hypodermische Medikation bei (Savory) 395.
— Nervensystem bei (Leredde) 101.
— bei Nierenerkrankungen (West) 358.
— Radiotherapie der (Freund) 170.
— Thioform bei (Kopytowski) 306.
— Thiolum liquidum bei einigen (Jordan) 401.
Hautkrebs, Behandlung (Wollemann) 588.
Hautlappen, Anheilung ungestielter (Braun) 359. (Reuter) 504.
Hautödem, Akutes und umschriebenes (Donau) 402.
Hautparasiten, Insekten und andere (Hutchinson) 441.
Hautsarkome, Multiple (Knolle) 74.
Hautstücken, Sensibilitätserkrankungen an transplantierten (Stransky) 151.
Hautsymptome und interkurrente Erscheinungen der Syphilis (Martin) 162.
Hauttransplantation durch Epidermisschuppen (Wiggins) 52.
— Neue Methode (Kellock) 152.
Hauttuberkulose der Greise (Mazza) 169.
— Therapeutischer Wert des zimmtsauren Natrons bei der Behandlung der (La Mensa) 531.
Hauttumoren, Drei verschiedene H. bei demselben Individuum (Beatson) 586.
Hautveränderungen bei lymphatischer Leukämie und Pseudoleukämie (Pinkus) 77.
Heliosin (Sakrepa) 516.
Hermaphroditismus (Martinet) 83.
Herpes digitorum (Guermonprez und Platel) 390.
— genitalis (Gaucher) 184
— — Neuralgischer (Casarini) 446.
— Meningitischer (Evans) 488.
— am Sitz eines ehemaligen Schankers (Hutchinson) 440.
— Seltene Lokalisation im Verlaufe der kroupösen Pneumonie 446.
— tonsurans s. Trichophytie.
Herxheimersche Spiralen (Locatelli und Migliorini) 531.
Hoden, Ektopie der (Broca) 95.
— Retention der (Hill) 338.
— Struktur des syphilitischen (Audry) 509.
Hodensarkom (Kober) 94.
Hodentuberkulose (Rousier) 94; (Delbet) 95.
Hyaline Degeneration (Czerny) 151, 359.
Hydrargyrose (Mittel) 391.
Hydrocele, Behandlung der H. durch Eversion der Tunica vaginalis (Iuvara) 93.
— muliebris (Alexandrow) 346.
Hydrocephalus, Syphilitischer (Audeoud) 539.
Hydronephrose (Schwartz) 97.
— Sekundäre H. infolge von Blasenpapillom (Krahn) 336.
Hyperhidrosis (Weber) 48.
— pedum, Formalinbehandlung der Gehrig) 48.
Hyperkeratosis diffusa congenita (Wassmuth) 243.
— figurata centrifuga atrophicans (Respighi) 218.
— Ein seltener Fall von (Busi) 557.
Hypotrichosis (Alopecia congenita) (Pincus) 298.

Ichthyol, Absorption von I. durch die Haut (Beck und Fenyvessy) 400.
Ichthyokollodium gegen Gefäfsmäler der Säuglinge (Unna) 208.
Ichthyosis (Sabolotski) 509.
— hystrix 563.
— nigricans (Ohmann-Dumesnil) 255.
— simplex 559.
Idiosynkrasie gegen Injektionen mit Hydrarg. salicyl. (Stark) 201; (Schulze) 206.
Ikterusepidemie bei Kindern (Fringuet) 263.
Immunität gegen Syphilis und die Chemotaxis bei den Tieren (La Mensa) 329.
Impetigo (Sabouraud) 521.
— Bakteriologie der I. (Boularan) 243.
— Klinische und bakteriologische Untersuchungen (Sabouraud) 388.
— contagiosa 527.
— — bullosa, Pemphigus vortäuschend (Faller) 438.
— herpetiformis beim Manne (Pollock) 576.
— parenchymatosa bei erworbener Lues (Rebicek) 230.
— vulgaris 527.
Impfpocken, Es giebt keine falschen I. (Gillet) 455.
Impfung s. Vaccination.

Impfwesen, Beschlüsse des Bundesrats (Voigt) 192.
Impotentia virilis (Zabludowski) 436. 484; (Remondino) 393; (Chipmann) 437.
Incisionscystoskop zur Ausführung der Bottinischen Operation bei Prostatahypertrophie unter Kontrolle des Auges Wossidlo) 483.
Incontinentia urinae während des Beischlafs (Farez) 337.
Infektion der hinteren Harnröhre und der Prostata (Noguès und Wassermann) 311.
Infektionskrankheiten, Koexistenz von I. (Gerald) 446.
Infektiosität maligner Neubildungen (Smith und Washborn) 584.
Influenzaexantheme, Scharlachähnliche (Sellner) 403.
Initialsklerose an der Unterlippe (Rille und Lotheisen) 17.
— am Zahnfleisch (Freemann) 217.
Inkubationsdauer beim Tripper (Dreyer) 484.
Insekten und andere Hautparasiten (Hutchinson) 441.
Installationsspritze, Eine neue urethrale (Mc Lean) 581.
Jodeiweifspräparat, Ein neues (Jodolen-Laquer) und seine therapeutische Verwendung (Sommerfeld) 572.
Jodipin bei Lues (Burkhart) 238.
Jodkalium bei der Behandlung der Akne (Leviseur) 550.
Jodkalium-Exanthem, Ein Fall von knotigem (Steiner) 444.
Jodoform, Geruchloses (Ohmann-Dumesnil) 174.
Jodogallicin (Goliner) 174.
Jodol-Perubalsam-Salbe(Schweissinger) 173.
Jodpräparate (Radestock) 173.
— bei der Behandlung der Syphilis (Blum) 543.
Jodpurpura der Mundschleimhaut (Milian) 182.

Kahlheit, Eine neue Behandlung 596.
Kahlköpfigkeit und Haarschwund 597.
Kalomel, Absorption bei intramuskulären Injektionen (Scarenzio) 218.
Karbolbrand, Verhütung von (Schaeche) 182.
Karbunkel 163. 527.
— Excision derselben (Parker) 30.
Kastration mit negativem Erfolge (Keyet jun.) 167.
Kataphorese und ihre therapeutische Verwertbarkeit (Meissner) 397.
Katheterdesinfektion (Holdschiner) 87. 310.
Katheterismus, Asepsis des K. (Goldberg) 309.
— der Ureteren (Kreps) 575.
— des gesunden Ureters durch eine infizierte Region (Lilienthal) 529.
Kedanikrankheit (Tanake) 306.
Keloid, Sycosis-Verruca, Alopecia circumscripta (Shoemaker) 438.
Keloide, Multiple (Knolle); Plonski) 74.
Keratitis, Neuroparalytische K. syphilitischen Ursprungs (Gallemaerts) 502.
Keratosis follicularis universalis (Saalfeld) 73.
— pilaris (Lasareft) 294.
Klima, wie es die Haut beeinflufst (Bulkley) 161.
Kollacin 269. 289. 290.
Kollagen, Basophiles 269. 289. 290.
Kollastin 269. 289. 290.
Komedonen (Blaschko) 159.
Kongrefs, 4. intern. derm. 1900 in Paris 360. 603.
Kopfschmerzen, Behandlung von syphilitischen K. mit Jodkaliumklystieren (Solari) 238.
Koplikssche Flecken bei Masern (Widowitz) 191; (Besnier) 450.
Krankenpflege und Masturbation (Rohleder) 503.
Krankenversorgung, Handbuch (Liebe, Jacobsohn und Meyer) 81.
Kühlpasten (Unna) 1.
Kystophotographie nach Nitze (Weinrich) 425.

Largin als Mittel gegen Blennorrhoe (Allgeyer) 330.
Larynx, Para- oder postsyphilitische Läsionen des L. (Trifiletti) 332.
Leber, Diffuse syphilitische Veränderungen in der (Weber) 538.
Lebercirrhose, Bronzed Skin bei hypertrophischer (Osler) 593.
— und milchweifse Ascitesflüssigkeit, Syphilitische (Poljakow) 538.
Leinen, Fort mit dem (Unna) 155.
Lepra (Hutchinson) 439.
— Seltener Fall (Hansen) 479.
— Heredität- und Kontagiositätsfrage der (Loewald) 193.
— Englische (Mac Mahon) 194.
— auf Madeira (Thompson) 103.
— in Minnesota (Bracken) 482.
— in Neu-Caledonien (Anché) 193.
— in Neu-Süd-Wales (Thompson) 212. 494.
— Geschichte der L. in den Niederländisch Ostindischen Kolonien (Broes van Dort) 213.

Lepra und Isolierung in den Niederländisch-Ostindischen Kolonien von 1657 bis zum Anfang des 19. Jahrhunderts (van Dort) 577.
— in Persien (Bloch) 493.
— Präcolumbische L. in Amerika, kein Beweis dafür (Ashmead) 194; Polakowski 180.
— Ätiologie und Pathogenie in Rumänien (Bolintineau) 493.
— in Südafrika (Kolle) 194.
— des Auges (Borthen) 582.
— der Nase, des Pharynx und des Larynx (Felix) 496.
— maculo-anaesthetica, Das Rückenmark, die peripheren Nerven und die Hautflecken bei der (Woit) 483.
— maculo-tuberosa (Lasareff) 294; (v. Recklinghausen) 598.
— — Tuberkuloseähnliche Veränderungen der Haut mit Auftreten von epitheloiden Riesenzellen und Nekrose bei (Klingmüller) 481.
— Sensibilitätsstörungen (Nicolau) 495.
— Bekämpfung (Hutchinson) 439.
— Prophylaxis (Solari) 494.
— Gynokardseife gegen L. (Unna) 139.
— Merkurielle Behandlung (Ehlers) 482.
Leprabacillen, Kulturen (Kedrowski) 516.
Leprahospital zu Pelantöngan (Müller) 494.
Lepride der Kopfhaut, Makulöse (Morrow) 525.
Lepromata, Bakteriologie (Barannikow) 494.
Lepröse Affektionen an der Glans penis (Glück) 479.
— Ophthalmoskopische Befunde bei (v. Düring und Trantos) 496.
— Perimyositis (v. Recklinghausen) 598.
— Visceralerkrankungen bei (Schäffer) 480.
Leukämie, Akute L. mit Thymustumor bei einem neunjährigen Mädchen (Blimann) 253.
Leukoderma psoriaticum (Rosenthal) 327.
— Syphilitisches (Silverman) 503.
Leukodermia colli (Barends) 502.
— und tuberkulöse Peritonitis, Addisonsche Krankheit (Barendt) 502.
— kompliziert durch (Coleman und Buzzard) 598.
Leukoplakia oris, Verhältnis zur Syphilis (Janovsky) 500.
Lichen atrophicus und Vitiligo (Orbach) 299. 391.
— chronicus circumscriptus hypertrophicus (Lichen ruber verrucosus, Lichen corneus) (Schütz) 572.
— corneus 572.
Lichen planus (Besnier) 249.
— ruber (Mayer) 327.
— — planus (Ledermann) 424.
— scrophulosorum bei einem Neger (Gilchrist) 194.
— simplex chronicus Vidal (Marcuse) 427.
— syphiliticus (Hirschlaff) 305.
Licht und Hitze, Therapeutische Wirkung (Sibley) 395.
Lipom, Genese des (Aievoli) 591.
Lipome, Multiple (Aschkanazy) 591.
Lithiasis der Blase und der Nieren (Stubenrauch) 341.
Lithotripsie, Nachbehandlung der (Grosglik) 328.
Lupus erythematosus s. Ulerythema centrifugum.
— serpiginosus exulcerans et crustosus (Metscherski) 517.
— vulgaris von ungewöhnlicher Ausdehnung (Rille) 496.
— — Phototherapie desselben (Mackenzie) 18; (Minnie) 170; (Petersen) 195.
— — nach Unnas Methode behandelt (Krzysztalowicz) 6.
— — Günstige Wirkung der Röntgenstrahlen auf den (Himmel) 295.
— — mit L. erythematodes, Behandlung mit dem Heifsluftstrom (Deutsch) 195.
Lupusepitheliom der linken Hand (Jordan) 75.
Lymphadenitis inguinalis suppurativa (Brandl) 33.
Lymphangioma cutis cysticum circumscriptum (Waelsch) 304.
— tuberosum multiplex (Crocker) 590.
Lymphangiome, Entzündliche Schwellung bei L. (Tavel) 255.
Lymphdrüsen, Ausräumung der L. in einer Operation (Leuxander) 252.
— Veränderungen regionärer L. bei artifiziellen Hautentzündungen (Winternitz) 151.
— Vereiterung geschwollener (Rille) 17.
Lymphatische Leukämie und Pseudoleukämie, Hautveränderungen bei derselben (Pinkus) 77.
Lymphgefäfse der Prostata, Verbindungen mit denen der Blase (Stahr) 95.
Lymphosarkomatose und Pseudoleukämie Türk) 253.
Lymphsarkom (Blaschko) 567.

Macula atrophicae bei einem Syphilitiker (Mibelli) 410.
Malaria haemoglobinurica (Feild) 343.
Manie, Akute transitorische M. bei einem Syphilitiker (O'Donovan) 233.
Masern s. Morbilli.

Masernepidemie unter den Soldaten der Wiener Garnison mit besondere Berücksichtigung der Diazoreaktion im Harn und der Blutbefunde (Franz) 448.
Masernerkrankung durch Vergiftung mit stark solaninhaltigen Kartoffeln (Pfuhl) 183.
Mastdarm, Syphilitische Erkrankungen des (Rille) 536.
Masturbation und Krankenpflege (Rohleder) 503.
Meatotom, Ein neues (Bierhoff) 329.
Medikation bei Hautkrankheiten, Hypodermische (Savory) 395.
Medizinalkalender für 1900. 22.
Melanoglossie (Coffin) 524.
Melanosarkom der Haut, Histogenese des M. (Schaleck) 580.
— des Rektums (Wiener) 589.
Melker, Exanthem bei den M. (Audry) 524.
Menièrscher Symptomenkomplex (Röder) 74.
Meningomyelitis, Syphilitische (Macgregor) 234.
Menstrualblut, Wirkung auf Ulcera mollia (Petersen) 551.
Micrococcus intertriginis Rossbach (Meyer) 547.
Mikroheifsluftkauter (Hollaender) 503.
Mikroorganismen, Lehre von den pathogenen (v. Baumgarten und Tangl 395.
Mikroskopische Technik (Friedländer) 225.
Mikrosporum beim Pferde, Über die Form Oospora des M. (Bodin) 147.
Milchsäure, Wirkung bei pruriginösen Affektionen (Du Castel) 47.
Mitralstenose, Komplikationen der M. und die Rolle der hereditären Lues bei der Ätiologie derselben (Labadie-Lavrage) 539.
Milz, Verhalten der M. bei erworbener Syphilis (Colombini) 429.
Milzbrand der Zunge (Rammstedt) 31.
Molluscum contagiosum (Seldowitsch) 255.
Morbilli, Koplikssche Flecken bei (Widowitz) 191.
— Das neue diagnostische Merkmal bei M. (Koplik) 190.
— Koplikssche Symptome bei (Besnier) 450.
— Frühdiagnose (Rolly) 449.
— Kasuistik im Krankenhause (Perkel) 449.
— und Scharlach in London 1897. 448.
— Psychosen bei (Finkelstein) 191.
— und Pemphigus, Coincidenz von (Leo) 450.
— Gangrän des Beines nach (Capaccini) 451.
Morbilli, Progressive Muskelatrophie nach (Batten) 450
— und Streptokokkeninfektion, Gleichzeitige (Egis) 190.
Morbus Werlhofii (Nesterovsky) 180.
Mundfäule der Kinder und ihre Beziehungen zur Maul- und Klauenseuche (Pott) 548.
Mundschleimhaut, Veränderung der Drüsen der M. (Respighi) 168.
Myeloplaxentumor der Beugefläche des Zeigefingers (Paviot) 590.
Mykologie des Menschen, Mikrophotographischer Atlas zum Studium der pathologischen (Fraenkel) 532.
Mykosis fungoides, Syphilitische Form (Hutchinson) 439.
Myxödem im früheren Kindesalter (Korssakow) 261.
— Frühzeitige Diagnose (Chapman) 261.
— behandelt mit Kolloid (Buchanan) 600.
— Klinischer Bericht über einen Fall von (Beats jr.) 600.

Nachkommen kongenital Syphilitischer (Pernet) 217.
Nägel, Behandlung eingewachsener (Weble) 442.
Naevi, Multiple (Jackson) 307.
— der Säuglinge, Ichthyolcollodium gegen Gefäfsmäler der Säuglinge (Unna) 208.
Naevus cutaneus femoris lateralis, Parästhesie desselben (Horváth) 184.
— linearis, Bilateraler (Dyer) 163.
— pigmentosus, Angeborener multipler (Foster) 51.
— varicosus osteo-hypertrophicus (Klippel und Trenaunay) 602.
Naevuszellen, Epitheliale Natur der N. (Audry) 409.
Naftalan, Anwendung (Friedeberg) 400; (Bloch) 400.
— Erfahrungen mit (Gernsheim) 175.
— Heilversuch mit (Varga) 175.
— Untersuchungen (Spiegel u. Naphtali) 400.
— Verordnungsweisen (Paschkis) 174; (Friedeberg) 175.
Naftalanwirkung (Unna) 321.
Nagelverkümmerung und Epidermiscysten (Róna) 296.
Nahrungsmittel (Hirschfeld) 222.
Nebennierenerkrankung, Zahl der roten Blutkörperchen bei (Christomanos) 594
Negritos auf den Philippinen, Haare derselben (Pohl-Pincus) 363.
Neisser, Fall N. (v. Düring) 556.
Neisserscher Diplococcus (Uhma) 80.

Nephritis mit interkurrenter Dermatitis exfoliativa, Chronische interstitielle (Duckworth) 486.
— Sekundär-syphilitische (Allaria) 535.
Neuritis im Anschluſs an das weiche, venerische Geschwür, Peripherie (Maitland) 550.
Neurofibrome (Heller) 72.
Neurose, Eigenartige cutane (Loewenfeld) 183.
Nieren, Cystische Entartung mit allgemeiner Dermatitis exfoliativa (Parker) 240.
Nierenerkrankungen, Hautaffektionen bei (West) 358.
Nierensyphilis (Karvonen) 434. 577
Nierentumoren, Varicocele als Teilerscheinung bei (Hauser) 93.
Nigrities faciei (Pospelow) 75.
Nitroglycerin bei Xerodermia (Basket) 596.
Noma 553.
— Perthes) 32; (Comba) 248.

Ödem 62. 527.
— der Leistengegend bei akuter Peritonitis (Battle) 178.
Ödeme, Ätiologie der (Vehmeier) 402.
Oestrus hominis (Herzog) 49.
Oligotrichosis (Ledermann) 567.
Onanie, Neurektomie zur Verhütung der (Clark) 52.
Oosporaform des Mikrosporums beim Pferde (Bodin) 218.
Orbitalerkrankung, Syphilitische (Uhthoff 231.
Orthoform (Wunderlich) 400.
— als Analgetikum bei Kalomelinjektionen (Sprecher) 330.
Ortssinn der Haut (Frey) 354.
Osteitis, Hereditärsyphilitische (James) 232. 500.
Osteomyelitis centralis des Radius nach Furunkeln im Nacken, Recidivierende (Auerbach) 551.
Otitis der akuten Exantheme (Fruitnight) 187.

Pagets Disease (Herzog) 252; (Ehrhardt) 589.
Pankreascarcinom (Mager) 587.
Pankreassyphilis (Tatouchesco) 535.
Papillom der Urethra (Caprariis) 345.
Paraffinembolie der Lungen (Stark) 201.
Parasitentum der Tumoren (Podwissotzki) 585.
Pellagra, Nervenläsionen bei der P. (Babes und Sion) 403.
Pemphigus (Patel und Pinatelle) 243; (Rille) 327; (Blaschke) 159.
— der Haut, Histologie (Kreibich) 298.
— — und der Schleimhaut (Kreibich) 78.
— acutus non contagiosus (Bessmann) 153.
— des Mundes, Pharynx, Larynx der Haut (Rickards) 548.
— chronicus vulgaris von Kehlkopf und Mund (Bryan) 549
— contagiosus (Munco) 549.
— Ein Fall von akutem, herpetischen (Hutchinson) 440.
— haemorrhagicus malignus neonatorum (Markause) 427.
— und Morbilli, Coincidenz von (Leo) 450.
— vortäuschend, Impetigo contagiosa bullosa (Faller) 438.
— foliaceus (Trutti) 28; (Nasarow) 293.
— vegetans (Neumann) 55.
Penis, Krebs des P. und Abscefs der Prostata (Loumeau) 310.
Perichondritis, laryngea bei Scharlach (Kraus) 188.
Perimyositis, Lepröse (v. Recklinghausen) 598.
Periostitis acuta syphilitica bei einem 6jährigen Mädchen (Kissel) 232.
Periurethritis infectiosa (Englisch) 310.
— inflammatoria 310.
— metastatica 310.
— traumatica 310.
— tuberculosa 310.
Perversion, Sexuelle (Rosenbach) 308.
Phimose bei Neugeborenen (Bartholomew) 438.
Phlegmone der Leistengegend (Loumeau) 247.
Phosphaturie (Klemperer) 344.
Phthirii pubis auf dem behaarten Kopf (Waldeyer) 326.
Pigmentation und Hauthämorrhagien bei Basedowscher Krankheit (Nicoll) 488.
Pigmentmetamorphose (Chigori) 35.
Pigmentstörungen der Haut (Venanzi) 256.
Pikrinsäure bei oberflächlichen Brandwunden (Mac Donald) 443.
Pikrinsäureinstillationen bei der chronischen Urethritis (Desnos und Guillon) 332.
Pityriasis lichenoides chronica (Juliusberg) 297.
— rosea (Loewenbach) 27; Fournier) 241.
— — Histopathologie (Hollmann) 431.
— rubra (Hebra) (Doutrelepont) 305; (Pospelow) 516.
— — pilaris (Palm) 72; (Kracht) 76; (Heller) 424.

Pityriasis simplex des Gesichts und des Kopfes (Besnier) 548.
— versicolor mit periodischer Abblassung (Cottin) 221.
„Plaque indurée" am Penis (Posner) 87.
Plasmazellen, Die jungen oder Lymphocyten bei der chronischen Entzündung (Herbert) 313.
Plasmazellenfrage (v. Marschalkó) 356.
Plattenepithel, Über die vielkernigen Zellen desselben (Tonkott) 146.
Pocken s. Variola.
Portoplast 398.
Praeputium (Englisch) 84.
Preisarbeit Unnas 152.
Primäraffekt s. Initialsklerose.
Profetasches Gesetz (Brüggemann) 216.
Prophylaxe der Geschlechtskrankheiten (Buret) 390.
Prostata, Abscefs der (Lomueau) 310.
— Cauterisator zur Bottinischen Operation (Freudenberg) 96.
— Lymphgefäfse der P., Verbindungen mit denen der Blase (Stahr) 95.
— Primäre bösartige Erkrankung (Fenwick) 95.
— Resektion (Desnos) 341.
Prostataeiterungen, Behandlung mit Punktion durch die Rektalwand und nachfolgenden antiseptischen Spülungen (Guiard) 436.
Prostatahypertrophie (Harrison) 96; (R. und F. Rörig) 141.
— und Lithiasis der Blase und Nieren (Stubenrauch) 341.
— Incisionscystoskop zur Ausführung der Bottinischen Operation bei (Wossidlo) 483.
— Operative Behandlung (Young) 437.
— Bottinische Operation bei Pr. (Stockmann) 96.
— Kastration wegen (Webber und Daffet) 97.
Prostatatuberkulose, Primäre (Kapsammer) 340.
Prostataverletzungen durch Unfall (Oberländer) 215. 328.
— Kasuistik (Oberländer) 340.
Prostatektomie, Suprapubicale (Smith) 342.
Prostatiker, Katheterismus ders. (Guyon) 97.
Prostatitis und Vesiculitis seminalis (Chetwood) 528.
Prostituierte, Betrachtung über die Möglichkeit die Pr. zum Guten zurückzuführen (Jullien) 524.
— Moskaus, Mikroskopische Untersuchung des Genitalsekrets der (Orlow) 295.
— Tätowierungen bei den (Le Blond und Lucas) 26.
Prostitution (Ströhmberg) 224; (Tesser) 354.
Prostitution und Frauenkrankheiten (Flesch) 227.
— Ist Organisation ihrer ärztlichen Überwachung verbesserungsfähig? (Finger) 947.
Protargol, Anwendung (Ruhemann) 353.
— Wirkung beim Tripper (Tipzett) 353.
— Wirkungen bei Erkrankungen und Verletzungen der Haut (Floret) 176.
Protoplasma der menschlichen Epidermiszelle (Herxheimer) 355.
Pruriginöse Affektionen, Wirkung der Milchsäure bei (Du Castel) 47.
Prurigo ferox (Barendt) 445.
Pruritus cutaneus (Besnier) 46.
— ani (Tuttle) 601.
— und die Trichotillomanie bei der progressiven Paralyse (Féré) 601.
— der alten Leute, Darminfektion gegen (Parisot).
Pseudoleukämie und Lymphsarkomatose (Türk) 253.
Pseudotrichinosis 553.
Pseudoxanthoma elasticum 270.
Psoriasis vulgaris (Selli) 240; (Martin) 393. 438; (Rosenthal) 327.
— gefolgt vom Epitheliom wahrscheinlich durch die Arsentherapie hervorgerufen (Hartzell) 241. 547.
— Hyperkeratotische (Ledermann) 567.
— nach Impfung (Ahrenheim) 545.
— Symptomatische Behandlung (Lau) 241.
— varioliformis (mihi) (Shields) 392.
Psoriasisefflorescenzen (Bruhns) 325.
Psoriasiskranke durch Jodkalium geheilt (Rille) 17.
Psychosen bei Masern (Finkelstein) 191.
Pulverstreuer (Lustig) 503.
Purpura im Kindesalter (Perrin) 442.
— Pathogenese (Rocaz) 441.
— Perniciöser akuter Rheumatismus mit ausgedehnter (Poynton) 181.
— haemorrhagica, Hämatologische Untersuchungen (Rocca) 332.
— rheumatica (Johnson) 181.
— und viscerale Komplikationen derselben (Weber) 488.
Pustula maligna (Temple) 552.
— — Resultate mit der spezifischen Serotherapie der P. m. und über die endovenösen Injektionen von Sublimat beim Milzbrand des Kaninchens (Sclavo) 551.
Pyämie bei Scharlachgenesung (Egis) 188.
Pyrogallussäure, Anwendung im Gesicht (Leistikow) 293.

Quecksilberdosen, Über die anatomischen Veränderungen der Nieren nach therapeutischen (Gravagna) 329.
Quecksilberintoxikation mit tötlichem Ausgang nach Injektionen mit Kalomel (Gaucher) 401.

Quecksilbersäckchen und Mercolint, Behandlung (Schuster) 520.
Quecksilbersalbe bei Erysipel (Dematteis) 555.
Quecksilbertherapie, Eine neue Methode der (Blaschko) 542.

Radiotherapie der Hautkrankheiten (Freund) 170.
Raynaudsche Krankheit (Clément) 486; (v. Recklinghausen) 598.
— — bei Amenorrhoe (Byers) 178.
— —, Akromegalie bei (Boettiger) 405.
— — heilbare und unheilbare Fälle (Liégois) 405.
— — Fall mit tötlichem Ende (Dukeman) 404.
— — und Trauma (Brasch) 177. 405.
Recidive bei syphilitischen Erkrankungen der Augen, Pathogenetische Bedeutung derselben (Galezowski) 231.
Recklinghausensche Krankheit, kompliziert durch sarkomatöses Gewächs des Plexus brachialis (Rolleston) 254.
Reinfectio syphilitica (Ustinow) 570.
Reisödem, flüchtiges 302.
Resorbinquecksilber (Silberstein) 401.
Retentio urinae beim Manne, Ursachen und Behandlung (Horwitz) 337.
Rezeptsünden und ihre Folgen (Binz) 225.
Rheumatismus mit ausgedehnter Purpura, Perniciöser akuter (Poynton) 181.
Rhinophyma (Rille) 16.
Rhinosklerompräparate (v. Marschalko) 247.
Ringworm (Fox und Blaxall) 546.
Ringwormpilze, Experimentelle Beiträge über die Fermente derselben (Roberts) 146.
Röntgenstrahlen, Anwendung in der Medizin (Schiff) 170.
— Auskunftsstelle in Hamburg 603.
— Ekzem, behandelt mit (Holland) 545.
— Depilation mit (Havas) 51.
— Günstige Wirkung auf den Lupus und deren Nebenwirkung auf die Haut und ihre Anhangsgebilde (Himmel) 295.
Röntgenuntersuchung, Kasuistische Beiträge (Christ-Schmidt) 195.
Röntgenverfahren (Löwenthal) 396.
Röteln und Erythemepidemien (Schmid) 451.
Roseolen, Untersuchung der R. auf Typhusbacillen (Curschmann) 404.
Rückenmark, Syphilitische Krankheiten (Williamson) 226.

Säugetierhaare, Gruppenstellung derselben etc. (De Meyere) 146.
Salicylsäuredermatitis (Engmann) 166.
Salicylsulfosäure als Eiweifsreagens (Mankiewicz) 81.
Samenbläschen, Operation (Bolton) 166.
Samenstrang, Thrombophlebitis des S. behandelt mit Phlebektomie (Longuet) 338.
— Tumor desselben (Marnock) 94.
Sanatogen bei Syphilis und Quecksilberkachexie (Richter) 176. 401.
Sarcoma melano-pigmentosum multiplex cutis (Metscherki) 516.
Sarkome der Haut, Multiple (Tubby) 589.
Sarkoide, Multiple, benigne S. der Haut (Boeck) 165.
Scabies (Sherwell) 164.
— vom Tier auf den Menschen übertragbar (Bruhns) 325.
— der Cornea (Saemisch) 546.
Scarlatina, Ätiologie der (Class) 446.
— (Vincent) 437.
— Behandlung mit salicylsaurem Natrium (Poole) 448; (Haig) 448.
— ohne Ausschlag (Nash) 447.
— und intrakranielle Eiterung (Tonkin) 448.
— Untersuchung des Rachens bei S. zur Verhütung einer postskarlatinösen Diphtherie (Garrat und Washbourn) 447.
—, Arsen in der Therapie (Selzer) 189.
— vortäuschend, Urticariaähnliche Ausschläge und Desquamation bei Influenza (Hardy) 403.
— und Streptokokken (Courtois) 446.
— und Masern in London im Jahre 1897 448.
— — Gleichzeitiges Erkranken an beiden (Unruh) 189.
— nach einer Bruchoperation (Boisson) 189.
— Tötliche Blutung aus der Vena jugularis comm. bei S. (Stein) 188.
Schanker (Thomas) 229.
— Extragenitaler (Merlier) 499.
— Harter, s. Initialsklerose.
— Weicher, s. Ulcus molle.
Scharlach, s. Scarlatina.
Scharlachähnliche Influenzaexantheme (Sellner) 403.
Scharlachgenesung, Pyämie bei (Egis) 188.
Scharlachmeningitis (Pässler) 188.
Schlafpollutionen, Spermatorrhoe etc. (Popper) 92.
Schweifsfufs (Adler) 263.
Schweifssekretion (Biedl) 354.
Scleroma neonatorum oedematosum im Zusammenhang mit ausgedehnter Lungenblutung (Gosser) 599.

Sclerosis vesico-prostatica im Gefolge einer Influenzapneumonie (Divaris) 219.
Seborrhoe, Sabouraudsche (Petit) 333.
Seborrhoischen Zustand, Klinitches über Akne und den (Schütz) 517.
Sehnerven-Atrophie, Gefahr der spezifischen Behandlung bei der tabetischen 239.
Selbstkatheterismus (Goldberg) 87.
Septikämie, Hämorrhagische (Howard) 180.
Sexuelle Hygiene (Hoerschelmann) 148.
Sklerom der Neugeborenen 45.
Skleroderma mit Attacken von lokaler Synkope (Herringham) 599.
Sklerodermie (James) 44; (Metscherski) 76; (Buschka) 588; (v. Recklinghausen) 598.
— Diffuse (Uhlenhut) 44.
— — der Beine (Bruns) 45.
Skorbut 503.
Smegma, Gehalt an Bakterien (Cao) 168.
Solutio Korestoli (Rosenberg) 352.
Staphylokokken der Lymphe (Vanselow und Czaplewski) 456.
Stein in einem Vaginalsacke beim Manne (Kapsammer) 215.
Steine im Ureter, Entfernung derselben durch den hohen Blasenschnitt (Bishop) 99.
Sterilisation von Bürsten etc. in den Barbierstuben (Sabrazès) 21.
Sternalwinkel (Angulus Ludovici) (Rothschild) 394.
Stomatitis, Diphtheroide impetiginöse St. im Kindesalter (Deguy) 554.
— mercurialis (Lanz) 169.
— neurotica chronica (Sibley) 445.
— ulcerosa (Kissel) 33; (Guizzetti) 553.
Streptococcus scarlatina (Billings) 188.
Streptokokken und Scharlachfieber (Courtois) 446.
Streptrothrix-Infektionen (Foulerton) 18.
Striktura, Grenzen der progressiven Dilatation bei der Behandlung (Guiard) 219.
— Urethroskop in der Behandlung der (Koch) 526.
— Operative Behandlung (Kreissl) 485.
Suprarenalextrakt (Robin) 256.
Suspensorium, Ein neues (Sarason) 92.
Sykosis parasitaria (Rille u. Lotheisen) 17.
— verruca, Keloid, Alopecia circumscripta (Shoemaker) 138.
— keloides (Hutchinson) 440.
Syphilide, Gummöse (Fournier) 501.
— Über Phagedänismus tertiärer S. und deren Behandlung (Fournier) 198.
Syphilis, Betrachtungen über die (Audry) 389.
— Bemerkungen über (Thomas) 198.
Syphilis, Einiges über (Leudesdorf) 497.
— Einige Phasen der (Patterson) 199.
— Histopathologie (Herzog) 197.
— Pathologie (Pawlow) 196.
— Blutveränderungen bei (Sorrentino) 196.
— ohne Primäraffekt (Marshall) 199.
— als ursächlicher Faktor bei Frauenkrankheiten (Shaw-Mackenzie) 497.
— Insontium (Schmolck) 199.
— Sekundärsymptome sechs Jahre nach der ersten Ansteckung (Sarda) 525.
— Sekundäre und tertiäre Formen der (Thomas) 199.
— gallopans mit schweren Knochenaffektionen (Kiessling) 540.
— maligna (Hutchinson) 440.
— — praecox (Rille) 17.
— der Aorta als Ursache des Aneurysma (Heller) 582.
— Augenkrankheiten infolge von (Hilscher) 163.
— Gummata des Beckens (Stone) 234.
— des Gehirns (Mesnard) 232; (Plicque) 233.
— Gehirn- und Rückenmarks. (Struppler) 541.
— Gehirn-Rückenmarkssyphilis mit intramuskulären Injektionen unlöslicher Quecksilbersalze behandelt (Stinson) 233.
— Schädelsyphilis (Stubenrauch) 231.
— Gelenkaffektion in den späteren Stadien der (Whitfield) 236.
— des Herzens (Hartge) 235.
— — und der Leber (May) 538.
— Keratitis parenchymatosa bei erworbener (Rebicek) 230.
— Leukoplakia oris, Verhältnis zur (Janovski) 500.
— des Magens (Wood) 230.
— Verhalten der Milz bei erworbener (Colombini) 429.
— der Niere (Karvonen) 434. 577.
— des Larynx, Gummöse (Blumenau) 235.
— Lichen syphiliticus (Hirschlaff) 305.
— Spätauftretende oropharyngeale S. (Gomers) 229.
— Nervöse Erscheinungen der sekundären S. (Fournier) 499.
— des Pankreas (Tatouchesco) 535.
— Para- oder postsyphilitische Läsionen des Larynx (Trifiletti) 332.
— Beziehungen der S. zur allgemeinen Paralyse (Joffroy) 541.
— Post-konzeptionelle (Marherbe) 221.
— Viscerale S. (Thorel) 535.
— und Framboesia (Hutchinson) 439.
— Prognose quoad vitam (Hyde) 499.
— Prophylaxe der S. durch ihre Behandlung (Fournier) 433.
— — bei Männern (Behrmann) 484.

Syphilis, Heilbarkeit (Tarnowsky) 197.
Syphilisbehandlung (Loewenstein) 236; (Tscherjew) 236; (Thomas) 237; (Neumann) 236.
— im allgemeinen und Behandlung der Tabes postsyphilitica im besonderen (Tschiriew) 435.
— Schnelle und gründliche Heilung (Larrieu) 394.
— Chirurgische Betrachtungen (Hartley) 227.
— Hypodermale (Mibelli) 544.
— Methode des Prof. Scarenzio bei der Behandlung der S. (Cattaneo) 330.
— Jodipin bei der (Burkhart) 238
— Jodpräparate bei der (Blum) 543.
— mit Oleum bijodatum (Castan-Bezières) 544.
— mit 5%igen Sublimatlösungen nach Lukasiewicz (Korbel) 238.
— nach der Welanderschen Methode (Wolfsohn) 544.
— mit Merkuriol (Jordan) 518; (Ahmann) 544.
— Sackbehandlung (Jordan) 508.
— Sanatogen bei S. und Quecksilberkachexie (Richter) 401.
— mit dem Serum merkurialisierter Tiere (Tarnowsky und Jakowlew) 237.
— Autoserotherapie der (Levi) 168.
— Serotherapie bei der (Vitner) 238; (Wewiorowski) 543.
— Immunität gegen S. und die Chemotaxis bei den Tieren (La Mensa) 329.
Syphilisimpfungen am Tiere (Hügel und Holzhauser) 431.
Syphilis hereditaria (Sudico) 531; (Hutchinson) 440; (Caird) 499; (Dawbarn) 393; (Engmanu) 393; (Allen) 438.
— — Vererbung 200; (Raymond) 229.
— — Dualismus der (Rendu) 232.
— — Aneurysma bei (Hutchinson) 539.
— — Mitralstenose bei (Labadie-Lavrage) 539.
— — Osteitis bei (James) 232.
— — spermatica im Verlaufe einer Schwangerschaft, Präventivbehandlung (Fournier) 582.
— — Präventivbehandlung der hereditären spermatischen im Verlaufe der Schwangerschaft (Fournier) 582.
Syphilitiker, Akute transitorische Manie bei einem (O'Donovan) 233.
— Maculae atrophicae bei einem (Mibelli) 410.
— und Tuberkulöse, Immunität derselben gegen Typhus abdominalis (Lasarew) 198.
— Aufnahme derselben in die Lebensversicherung (Bayet) 20.
Syphilitische Affektionen, Immunität der Vagina gegenüber venerischen und (Barbiani) 530.
— Erkrankungen der Augen, Pathogenetische Bedeutung der Recidive bei (Galezowski) 231.
— Cephalalgie (Marin) 541.
— Epididymitis (Durand) 539.
— Hoden, Struktur des (Audry) 509.
— Hydrocephalus (Audeoud) 539.
— Intoxikation und Infektion (Levi) 531.
— Keratitis neuroparalytischer Natur (Gallemaerts) 502.
— Kind, Hereditär- (Speranski) 516.
— Kniegelenksentzündung (Koeppelin) 236.
— Kopfschmerzen, behandelt mit Jodkaliumklystieren (Solari) 238.
— Lebercirrhose (Poljakow) 538.
— Veränderungen in der Leber (Weber) 538.
— Leukoderma (Silverman) 508.
— Erkrankungen des Mastdarms (Rille) 536.
— Myocarditis 539.
— Form der Mykosis fungoides (Hutchinson) 439.
— Nephritis (Allaria) 535.
— Orbitalerkrankung (Uhthoff) 231.
— Osteitis, Hereditär- (James) 500.
— Periostitis, Akute (Kissel) 232.
— Reinfektion (Spagola) 116; (Moullin) 499; (Ustinow) 570.
— Rückenmarkskrankheiten (Williamson) 226.
— Meningomyelitis (Macgregor) 234.
— Stenose beider Bronchien (Rolleston und Ogle) 535.
— Ulcerationen, Behandlung (Solari) 544.
— — und blastomycetische Dermatitis (Anthony und Herzog) 525.
— — der Trachea (Downie) 535.
Syphilisprodukte, Kontagiosität (Neumann) 498.
Syphilisprophylaxe (Fernet, Hallopeau und Panas) 497.
Syringomyelie (Krassnoff) 75.

Tätowierung bei den Prostituierten (Le Blond uud Lucas) 26.
Tätowierungen, Entfernungen von (Ohmann-Dumesnil) 601.
Taillensuspensorium (Loeb) 264.
Talgdrüsen in der Schleimhaut des Mundes (Montgomery und Hay) 212.
Tannoform, Therapeutische Bedeutung des (Grosse) 176.
Therapeutische Notizen aus Prof. Lassars Klinik 52.
Thioform, Anwendung bei Geschlechts- und Hautkrankheiten (Kopytowski) 306.

Thiolum liquidum bei einigen Hautkrankheiten (Jordan) 401.
Thrombophlebitis des Samenstranges, behandelt mit Phlebektomie (Longuet) 338.
Transpellikulare Behandlung (Unna) 14.
Traumen der Harnröhre des Mannes (Wassiliew) 225.
Trichophytia maculosa et squamosa mit Pityriasis rosea (Loewenbach) 27.
— Die angebliche antiseptische Behand. lung der (Calderone) 27.
— beim Pferde (Calve und Malherbe) 242.
— Antiseptische Behandlung (Calderone) 27.
— Histologische Befunde (Loewenbach) 27.
— mit kleinen Sporen beim Kinde (Malherbe) 581.
Tricherrhexis nodosa (Millard) 597.
Trichostasis 297.
Trichotillomanie bei der progressiven Paralyse, Pruritus und die (Féré) 601.
Tripper s. Blennorrhoe.
Tripperinfektion, Verlust eines Anges durch Tr. 142.
— trotz prophylaktischer Instillation einer 2proz. Arg. nitr.-Lösung (Kaufmann) 347.
Tropenkrankheiten, Unterricht (Fournier) 221.
Tuberkulinseife (Unna) 176.
Tuberculosis cutis (Tschlenoff) 394.
— verrucosa cutis, Vorkommen bei Arbeitern in Kohlenbergwerken (Fabry) 302.
— Beziehungen des Lupus erythematosus zur (Roth) 300. 433. 520.
Tumor der Hand (Verdelett) 392.
— eines an Elephantiasis erkrankten Labium minus (Ehrendorff) 17.
Tumoren, Klassifikation der (Buxton) 529.
— Bemerkungen über maligne (Buxton) 580.
— der Finger, Angeborene (Fairmon) 585.
— Epitheliale auf der Stirn (Crocker) 589.
— Teratoide T. des Hodens (Garbarini) 93.
Tysonsche Drüsen (Tandler) 310.

Ulcera cruris, Behandlung der chronischen (Baaz) 596.
— — zur Behandlung der (Dika) 38.
— — Radikalbehandlung (Paczauer) 257.
— — Behandlung mit Crurin (Joseph) 328.
— — Bakteriotherapie (Honl) 595.
— — Behandlung der chronischen (Ohmann-Dumesnil) 257; (Koehler) 257.
— — Behandlung mit Pyocyaneustoxinen (Bukowsky) 388.
Ulcera des Mundes, Neurotische (Kirk) 445; (Court) 445.
Ulcera mollia, Wirkung des Menstrualblutes auf (Petersen) 551.
— — Experimentelle Erzeugung beim Affen (Nicolle) 550.
— — Behandlung durch Hitze (Haralamb) 251.
— — vaginae (Kegler) 250.
Ulcus molle (Horowitz) 251.
— — Phagedänisches mit tötlichem Ausgange (Spencer) 551.
— — Bleinitrat bei (Melazzo) 329.
— — Periphere Neuritis im Anschluſs an das (Maitland) 550.
— — der Conjunctiva bulbi (Vignes) 250.
— der Vulva, Über das chronische, nicht spezifische (Fiocci und Levi) 331.
— rodens, Multiples (Paul) 34. 587.
— simplex auf Blutegelstichen (Sarda) 524.
Ulerythema centrifugum (Patel) 44; (Bukowsky) 261; (Chotzen) 262; (Heller) 324; (Whitfield) 597; (Bloom) 597. 598.
— — Beziehungen zur Tuberkulose (Roth) 300. 433. 520.
— — Multiples Epitheliom, entstanden auf der Basis eines (Pringle) 485.
— — mit multipler Carcinombildung (Kreibich) 518.
— — behandelt nach Joseph Schütz (Liberson) 262.
Unfall-Versicherungs-Aktiengesellschaft, Kölnische 407.
Unguis incarnatus, Kongenitaler (Parry) 182.
Unnas Preisaufgabe 200.
Unterhautzellgewebe, Abscesse im U., verursacht durch den Ebertschen Bacillus (Malenchini und Pieraccini) 29.
Urämie (Herzog) 99.
Ureter, Katherisation des gesunden U. durch eine infizierte Region (Lilienthal) 529.
— Katheterismus des (Kreps) 574.
Uretercervikalfisteln, Heilung durch Neueinpflanzungen des Ureters in die Blase (Amann) 345.
Ureter-Cysto-Neostomie (Boari) 220.
Urethra, Asepsis der (Weiss) 309.
— bei einem Mädchen, Papillom der (Capprariis) 345.
— des Mannes, Traumen der (Wasiliew) 225.
— Ein Fall von juxta-urethraler Fistel des Orificium der (Toubert) 486.
— posterior, Infection der (Noguès und Wassermann) 311.
— Ruptur der (Alexander) 89; (Stern) 89.
— Tamponade der (Kofmann) 88.
Urethrale Arthritis, Ätiologie und rationelle Behandlung (Forbes) 526.

Urethritis der kleinen Knaben (Bogdan und Imerwol) 347.
— chronica, Behandlung mit Einträufelungen von Pikrinsäure (Desnos und Guillon) 21.
— Pikrinsäureisstillationen bei der chronischen (Desnos und Guillon) 332.
Urethro-perineoscrotalfisteln, Plastische Behandlung (Fenwick) 311.
Urethroplastik und Verschliefsung des Scheideneinganges (Castellana) 346.
Urethroskop (Valentine) 88.
— Beleuchtung (Kiss) 576.
— in der Behandlung der Strikturen (Koch) 526.
Urinretention (Guiteras) 98.
Urinstagnation mit Ausdehnung der Blase (Bazy) 90.
Urticaria 302.
— Experimentelle Untersuchungen (Philippson) 331.
— factitia (Biggs) 403.
— hervorgerufen durch Gerüche (Joal) 402.
— der Schleimhaut der Halsorgane, Chronische (Merx) 178.
— kompliziert mit Hämorrhagien in der Haut (Stein) 178.
— pigmentosa (Colombini) 531; (Starck) 590.
Urticariaähnlicher Ausschlag und Desquamation, die Scharlach vortäuschte, bei Influenza (Hardy) 403.

Vaccination, Über (Attwood) 455.
— Technik derselben (Voigt) 52.
— im Königreich Bayern im Jahre 1898 (Stumpf) 457.
— eines ganzen Volkes nach amerikanischem System, Über die obligatorische 455.
— in England (Abel) 192.
— in Italien 454.
— und Variola in der italienischen Armee (Levi) 454.
— der Hände (Hall) 487.
— Psoriasis nach (Ahronheim) 545.
Vaccine, Generalisierte, oder „Vaccinella“ (Fowler) 454.
— Ätiologie und Pathogenese der sogenannten generalisierten (Paul) 570.
„Vaccinella“, Ein typischer Fall von (Fowler) 454.
Vagina, Immunität der V. gegenüber den venerischen und syphilitischen Affektionen (Barbiani) 530.
Varicellen, Behandlung (Gillet) 452.
— beschränkt auf die Augenlider (Sattler) 452.
— Inkubationsstadium der V. (Sykes) 452.
— Choreiforme Bewegungen nach (Menko) 191.
Varicen (Schwartz) 37; (Moreschi) 38; (O'Conor) 257.
— der unteren Extremitäten, Anatomie der (Slawinski) 595.
Varicocele (Tuffild) 339.
— Neue Operationsmethode der V. (Parona) 93.
— als Teilerscheinung bei Nierentumoren (Hauser) 93.
Variola (Leavitt) 191; (Martin) 392.
— Antistreptokokkenserum bei der Behandlung der (Lindsay) 452.
— vera, Über die Behandlung des Eiterungsstadiums der (Kotowtschikoff) 453.
— Zahl der Impfstellen und Schutz gegen die 455.
— Epidemie in Hull (Mason) 452.
Vasogenpräparate (Suchannek) 402.
Vater-Pacinische Körperchen, Endigungen der Nerven in denselben (Sokolow) 145.
Vena saphena magna, Lokalisation der sackartigen Erweiterungen der (Slawinski) 595.
Venerische Krankheiten, Litteratur (Proksch) 489.
Veränderungen der Haut bei akuten Exanthemen, Histologische (Beer) 576.
Verbrennungen, Pikrinsäure bei oberflächlichen (Mac Donald) 443.
— durch Blitzstrahl (Chuquet) 182.
Vergiftung, Akute V. nach Ausspülung der Urethra mit einer Lösung von Quecksilbercyanür (Sarda) 221.
72. Versammlung der Naturforscher und Ärzte 407.
Vesiculitis seminalis und Prostatitis (Chetwood) 528.
Vitiligo (Epstein) 260.
— und Lichen atrophicus (Orbach) 299. 391.
Voigtsche innere Grenzlinie (Ledermann) 568.
Vola manus, Affektion der rechten (Gebert) 327.
Volksbäder 82.

Wachstumsgeschwindigkeit des Kopfhaares (Pohl-Pincus) 215.
Warmblüter, Durchgängigkeit der unversehrten Haut der W. (Vogel) 353.
Warzen, Behandlung (Du Cartel) 591.
— Behandlung mit Formalin 592.
Wundbehandlung mit Sauerstoffgas (Stoker) 171.
Wundheilung, Neue Methoden der W. (Schleich) 394.

Xeroderma pigmentosum (Rille) 46; (Barendt) 46.
— — Pathologische Anatomie desselben (Wesolowski) 597.
— — Blutbefunde bei (Okamura) 303.
— — Nitroglycerin bei (Basket) 596.

Zelle, Anatomie der Z., speziell des Zellleibes (Flemming) 429.
Zinkoxyd-, Stärke-, Resorcin - Paste (Schneider und Becker) 402.
Zona s. Zoster.
Zoster (Schamberg) 184.
— arsenicalis, Über Hautaffektionen nach innerlichem Arsenikgebrauch, ein Beitrag zur Frage des (Bettmann) 431.
— gangraenosus, Anormaler 185.
— thoraco-brachialis (Bourneville und Boncour) 184.

Namenverzeichnis.

Die mit * bezeichneten Artikel sind Originalarbeiten. Die Namen, bei denen keine Arbeiten angegeben, sind an den bezeichneten Stellen von anderen Autoren genannt.

Abel, R., Über den Stand der Schutzpockenimpfung in England 192.
Addison 102. 256. 592.
Adler, Die Behandlung des Schweifsfufses 263.
Adrian 431.
Agnew 595.
Ahlfeld 504.
Ahlstroem, A., Hundert Fälle von Urethritis blennorrhoica anterior acuta mit Protargol als Aborticum behandelt 80.
Ahmann, Die Behandlung der Syphilis mit Merkuriol 544.
— 509. 518.
Ahronheim, Carl, Über Psoriasis nach Impfung 545.
Ajello, Beitrag zum Studium des Adenoma sebaceum 255.
Aievoli, E., Die Genese des Lipoms 591.
Aitken, R., Ein Fall von multiplen Adenomata der Haut 590.
Albarran 40.
Albers-Schönberg 397. 603.
Alexander, Ruptur der Urethra 89.
— 230.
Alexandrow, L. P., Ein Fall von Hydrocele muliebris 346.
Alfons, Experimentelle Studien über den Reflexmechanismus der Harnblase 335.
Allaria, Sekundär-syphilitische Nephritis 535.
Allen, Einige Phasen der Lues im frühen Lebensalter 430.
Allgeyer, Über den Wert des Largins als Mittel gegen die Blennorrhoe 330.
Almkvist, Über die Behandlung einiger Fälle von Augenblennorrhoe mit Largin 79.
Alpár, A., Referate 51. 355. 444. 445. 498. 585. 587.
Amabilino, Über einen Fall von Morbus Addisonii mit Veränderungen in den Nervencentren 36.
Amabilis und Sabouraud, Acne necrotica 19.
Amann, Über Neueinpflanzungen des Urethers in die Blase auf abdominalem Wege 345.
Amaral, C. F. 374.
Amyx, R. F., Antinosin bei der Behandlung von Enuresis, Cystitis und Urethritis 337.
Anthony und M. Herzog, Ein Fall blastomycetischer Dermatitis auf der Basis syphilitischer Geschwüre 525.
Apathy 248.
Aquapendente 85.
Arning 137. 267.
d'Arsonval 170.
Ashmead, Kein Beweis für präcolumbische Lepra in Amerika. Eine falsche Mitteilung aus dem „Baltimore Oriole“ 194.
— 81. 194.
Askanazy, M., Zur Entstehung der multiplen Lipome 591.
Atkinson 149.
Attwood, Über Impfung 455.
Auché, M. A., Lepra in Neu-Caledonien 199.
Audéoud, Syphilitischer Hydrocephalus 539.
*Audry, Über die epitheliale Natur der Naevuszellen 409.
*— Über einige Einzelheiten der Struktur des syphilitischen Hodens 505.
— Betrachtungen über die Syphilis 389.
— Über ein bei den Melkern zur Beobachtung kommendes papulöses und eitriges Exanthem 524.
— 251. 579.
Auerbach, Siegmund, Über einen Fall von recidivierender Osteomyelitis centralis des Radius nach Furunkeln im Nacken 551.
Auspitz 128. 470.

Baaz, H., Die Behandlung des chronischen Unterschenkelgeschwüres 595.
Babes 31. 137. 180. 249. 495. 516. 533. 534.
— und Sion, Nervenläsionen bei der Pellagra 403.
Babinski 106. 133.
Bach, Die ekzematösen Augenerkrankungen 490.
Bacon, Der Einfluſs von Mißbildungen und Störungen der Genitalien der Frau auf deren Geschlechtstrieb 162.
Baerensprung 106. 107.
Baginsky 45.
Bahrdt 179.
Balzer 272. 401. 413. 414. 415. 419.
— und Stoiano, Behandlung der Alopecia areata mit Milchsäure 43.
Banks 587.
Barannikow, J., Zur Frage der Bakteriologie der Lepromata 444.
Barbiani, Die Harnblasenwaschungen und ihre Beziehung zur Absorption 334.
Barbiani, G., Die Immunität der Vagina gegenüber den venerischen und syphilitischen Affektionen 530.
Bardenheuer 310. 340.
Barendt, Xerodermia pigmentosa 46.
— Prurigo ferox 445.
— Leukodermia colli 502.
Barlow, L., Ein Fall von Gummata in der Herzwand 539.
— 441. 509.
Barnard 86.
Baroni, Über einen Fall von intraperitonealer Ruptur der Blase und spontaner Heilung 90.
Bartels 50.
Barthélemy 396. 528.
Bartholini 432.
Bartholomew, Phimose bei Neugeborenen 438.
Basedow 102. 103. 488.
Basket, B., Nitroglycerin bei Xerodermia 596.
Bassini 338.
Batten, Progressive Muskelatrophie nach Masern 450.
Battle, G. W., Oedem der Leistengegend bei akuter Peritonitis 178.
Battle, W. H., Tuberkulöse Blase, wesentliche Besserung durch hydraulische Erweiterung 335.
— 83.
Baudin 476.
Baumgarten und Tangl, Jahresbericht über die Fortschritte in der Lehre von den pathogenen Mikroorganismen, 1897, zweite Hälfte 26.
Bayet, Zur Frage der Aufnahme von Syphilitischen in die Lebensversicherung 20.
Baynton 258.
Bazy, Über das Verhalten bei Urinstagnation mit Ausdehnung der Blase 90.
—, Berger, Reclus, Tuffier, Die Behandlung der Hämorrhoiden 28.
Beats, H., jr., Klinischer Bericht über einen Fall von Myxödem 600.
Beatson, G. T., Drei verschiedenartige Hauttumoren bei einem und demselben Individuum 586.
Beauregard, C. 362.
Beck, C. 310.
— und von Fenyvessy, Die Absorption von Ichthyol durch die Haut 400.
Becker und Schneider, Über Zinkoxyd-, Stärke-, Resorcin-Paste 402.
Beer, Max, Untersuchungen über die histologischen Veränderungen der Haut bei akuten Exanthemen 576.
Begin 86.
Behring 442.
Behrmann, S., Die Prophylaxe der Syphilis bei Männern 484.
Bellin, E., Ein Fall von Mißbildung der Geschlechtsteile mit schwieriger Feststellung des Geschlechts 307.
Below 396.
Benda 567.
Beneke 281.
Bennecke, Die gonorrhoische Gelenkentzündung 25.
— 75.
Berger, Beiträge zur Blasenphotographie 160.
— Die Behandlung der Hämorrhoiden 38.
— 161. 425. 426.
v. Bergmann, A. 193.
v. Bergmann, E. 34.
Berliner, C., Referate 19. 28. 30. 33. 39. 46. 80. 83. 87. 89. 96. 100. 142. 147. 168. 214. 217. 256. 305. 342. 344. 346. 359. 395. 396. 397. 400. 402. 403. 407. 433. 436. 443. 444. 445. 446. 447. 448. 450. 452. 453. 454. 456. 489. 494. 498. 499. 500. 502. 521. 530. 535. 538. 539. 540. 543. 545. 546. 547. 549. 551. 552. 553. 555. 575. 578. 580. 581. 586. 587. 589. 590. 591. 592. 593. 594. 596. 597. 598. 599. 600. 602.
Bernard, Claude 102. 104. 105. 119. 128. 151.
— und Sergent, Addisonsche Krankheit und pathologische Veränderungen der Nebennieren 592.
Bernhardt 184.
*Besmann, M., Ein Fall von Pemphigus acutus non contagiosus 153.
Besnier, E., Pruritus cutaneus 46.
— Lichen planus 249.
— Das Koplikschе Symptom bei den Masern 450.
— Pityriasis simplex des Gesichts und des Kopfes 548.

Besnier, E., 28. 103. 111. 118. 120. 125. 131. 419. 450. 522.
Bettmann, Über Hautaffektionen nach innerlichem Arsenikgebrauch, ein Beitrag zur Frage des Zoster arsenicalis 431.
— Dariersche Krankheit 252.
— 121.
Beven 100.
Bjarnhjedinsson 482.
Biart 545.
Bie, V., Bemerkungen über Finsens Phototherapie 396.
Biedert 175.
Biedl, A., Über Schweifssekretion 354.
Bier 515.
Bierhoff, Ein neues Meatotum 329.
Biggs, Urticaria factitia 403.
Billings, John, Das Vorkommen des sogenannten Streptococcus scarlatinae in Kulturen aus dem Rachen in Fällen von Scharlach 188.
— 490.
Binz, C., Rezeptsünden und ihre Folgen 225.
— 122. 478.
Bishop, S., Über Steine im Ureter und deren Entfernung durch den hohen Blasenschnitt 99.
— 25.
Blaine, Rationelle Behandlung des chronischen Trippers 162.
Blanchard, R., Einige Fälle von Aktinomykose 249.
— Neuer Fall von Filaria Loa 602.
Blaschko, A., Die Röntgenaufnahme einer blennorrhoischen Handgelenksentzündung 75.
— Pemphigus vulgaris 159.
— Komedonen 159.
— Drüsentumor in der linken Supraclaviculargegend 327.
— Eine neue Methode der Quecksilbertherapie 542.
— Lymphsarkom 567.
— 74. 75. 159. 160. 226. 425. 432. 508. 520. 564. 568. 569.
Blaxall und C. Fox, Einige Bemerkungen über den Ringworm 546.
Bloch, I., Zur Vorgeschichte des Aussatzes 193.
— Ein neues Dokument zur Geschichte und Verbreitung des Guineawurmes (Filaria medinensis) im Altertum 264.
— Die Bedeutung einiger Nachrichten über den Aussatz in Persien 493.
— Referate 26. 29. 32. 34. 38. 45. 48. 50. 87. 92. 94. 142. 144. 153. 173. 175. 176. 177. 182. 183. 188. 193. 225. 230. 231. 232. 236. 238. 241. 246. 248. 250. 257. 261. 262. 264. 310. 312. 345. 347. 350. 356. 390. 400. 401. 405. 483. 494. 497. 504. 538. 539. 541. 543. 551. 553. 556. 594.
Bloch, R., Weitere Mitteilungen über praktische Verwendung von Naftalan 400.
Blokusewski 347. 351.
Blomquist 509.
Le Blond und A. Lucas, Über die Tätowierung bei den Prostituierten 26.
Bloom, J. N., Lupus erythematosus 598.
Blum, Die Jodpräparate bei der Behandlung der Syphilis 543.
Blumenau, Zur klinischen Diagnose der gummösen Larynxsyphilis 543.
Blumer 467. 470.
Boari, Die Uretero Cysto-Neostomie 220.
Boas und F. Karewski, Die Behandlung der Hämorrhoiden 258.
Bockhart 19. 389. 521.
Bodin, E., Über die Oosporaform (Streptothrix des Mikrosporums des Pferdes 147. 218.
Boeck, C., Multiple, benigne Sarkoide der Haut 165.
— 128. 136. 270. 479.
Boettiger, Ein Fall von Akromegalie kompliziert durch Erscheinungen der Raynaudschen Krankheit 405.
Bogdan und Imerwol, Die Urethritis der kleinen Knaben 347.
Boissier, Ergrauen der Haare infolge von Aufregung 280.
Boisson, Scharlach nach einer Bruchoperation 189.
Bolintineau, Allgemeine Betrachtungen über die Ätiologie und Pathogenie der Lepra in Rumänien 493.
Bolton, Chirurgische Gesichtspunkte für eine Operation der Samenbläschen 166.
Bonaiuti, F. 467. 468. 470, 474.
Bonardi 36.
Boncour und Bourneville, Herpes zoster thoraco-brachialis 184.
Bond und Murrel, Zwei Fälle von Erysipel, welche mit Autostreptokokkenserum behandelt werden 28.
Bonnet 297.
Bordet 329.
Bordoni 495.
Boretius, Jacob 213.
Born 90.
Borthen, Die Lepra des Auges 582.
Bosellini, Das Bacterium coli bei der Cystitis des Menschen 329.
— und Majocchi, Zur Ätiologie der Boubas 554.
Bottini 96. 97. 149. 341. 352. 437. 483. 485. 491.
Bouchard 415.
Bouchoron 474.
Boularan, Historische und kritische Studie über die Bakteriologie 243.
Bourneville und Boncour, Herpes Zoster thoraco-brachialis 184.
Bracken, Lepra in Minnesota 482.

Brandl, Julius, Zur rationellen Therapie der Lymphadenitis inguinalis suppurativa 33.
Brasch, M., Raynaudsche Krankheit und Trauma 177. 405.
Braun, W., Klinisch-histologische Untersuchungen über die Anheilung ungestielter Hautlappen 359.
Breda 554.
Brenta, Das Eisenchlorid bei der Behandlung der Dermatomycosen 173.
Bright 181. 261. 486.
Brissaud 116. 505.
Britto 378.
Broca, Behandlungen der Ektopie der Hoden 95.
Brocq, L., Acne excorians der jungen Mädchen und ihre Behandlung 29.
— Die Behandlung der nach Allgemeinerkrankungen auftretenden Alopecien 260.
— Zur Ekzemfrage 388. 522.
— 39. 130. 242. 261. 457.
Brodie 86.
Brooke 579.
Brüggsmann, R., Zum Profetaschen Gesetz 216.
Bruhns, Psoriasisefflorescenzen an Vaccinationsstellen 325.
— Idiopathische Hautatrophie 324.
— 325. 358.
Bruns, Ein Fall von diffuser Sklerodermie der Beine mit scharfer spinalsegmentärer Abgrenzung nach oben 45.
— 18. 72. 596.
Bryan, J. H., Pemphigus chronicus vulgaris von Kehlkopf und Mund 549.
Buchanan, M., Myxödem, behandelt mit Kolloidsubstanz 600.
Buchner 515.
De Buck 176.
Bucquoy 415.
Bukowsky, J., Ein Beitrag zur Therapie des Lupus erythematosus 261.
— Ein Beitrag zur Kenntnis der experimentellen und klinischen Eigenschaften des Achorion Schönleinii 519.
Bukowsky, L., Die Behandlung der Beingeschwüre mit Pyocyaneustoxinen 388.
Bulkley, L. D. Wie das Klima die Haut und deren Erkrankungen beeinflufst 161.
— Unvollständige oder fehlende Harnsekretion in Verbindung mit gewissen Hautkrankheiten 529.
Bunsen 335.
Bunts, Ein Fall von Epithelioma auf Brandwunde 392.
Burci 280.
Buret, Die Prophylaxe der Geschlechtskrankheiten 390.
*Buri, Ein seltener Fall von Hyperkeratose 557.
— Ein Fall von Akanthosis nigricans 35.
Burkhardt, O., Erfahrungen über die innerliche Anwendung des Jodipins bei Lues 238.
Burmeister 565.
Burow 213. 258. 352.
Burwinkel, Hämorrhoidalknoten im frühesten Kindesalter 595.
Buschke, A., Über Hautblastomykose 246.
— Aknekeloid 568.
— Sklerodermie 568.
— 246. 568.
Busse 246.
Buszard und Colman, Ein Fall von Morbus Addisonii, kompliziert durch Leukodermie und tuberkulöse Perititis 593.
Butlin 500.
Buxton, B. H., Klassifikation der Tumoren 529.
— Bemerkungen über maligne Tumoren 580.
Byers, J. W., Fälle von Amenorrhoe im Verein mit Raynaudscher Krankheit und Lungentubarkulose 178.
Byod, William, Hartnäckige Hämaturie während der Schwangerschaft 100.

Cabot, Drainage der Blase durch einen Katheter in der Harnröhre 395.
Caird, F. M., Ein Fall von kongenitaler Syphilis 500.
Calcar, Die Ätiologie der infektiösen Cystitis 486.
Calderone, Über die angebliche antiseptische Behandlung des Herpes tonsurans 27.
Càllari, J., Das künstliche Serum bei den toxischen Dermatosen 171.
— Blennorrhoische Erkrankung und Heirat 391.
Campbell, H. J., Addisonsche Krankheit 593.
Calvé 218.
— und Malherbe, Ein Trichophyton beim Pferde 242.
Canas 544.
Cantani, Beitrag zum Studium des Gonococcus 141.
Cao, Über den Gehalt des Smegma an Bakterien und die baktericiden Eigenschaften der Vorhautschleimhaut 168.
Cap 477.
Cappaccini, Ein Fall von trockener Gangrän des Beines nach Masern 451.
Caprariis, Ein Fall von Papillom der Urethra bei einem Mädchen 345.
Caro, L., Zur Kasuistik der Tripperprophylaxe 347.
Carr, C., Ein Fall von rechtsseitiger Verlagerung der Blase mit Darmobstruktion 336.

Carrasquilla 194.
Carrel, Über einen Fall von Invagination der Harnblase in den rechten Ureter 91.
Casarini, Neuralgischer Genitalherpes 446.
— Behandlung der Hautepitheliome nach der Methode von Czerny-Trunecek 589.
Casper, L. 161.
Castan-Bézieres, Behandlung der Syphilis mit Oleum bijodatum 544.
Castellana, Fall von Urethroplastik und Verschließung des Scheideneinganges bei einem Individuum mit perinealer Hypospadie, Kryptorchidie und rudimentärer Vagina bifida 346.
Cattaneo, Über die Methode des Prof. Scarenzio bei der Behandlung der Syphilis und über die Art und Weise, wie das Kalomel resorbiert wird 330.
Cavoll 264.
Cazenave 213.
Chalmers, Ein symmetrisches Erythem der Handteller 179.
Chantemesse und Rey, Der Gehalt des Blutes von Leukocyten bei Erysipelatösen 244.
Chapmann, Die frühzeitige Diagnose des Myxödems 261.
Charcot 101. 106. 131. 237. 435.
Chenzinsky 466.
Chetwood, L. H., Über Prostatitis und Vesiculitis seminalis 528.
Cheyne, W., Ein Fall von Hämaturie infolge von beweglicher Niere 344.
Chibet 415
van de Chijs 577.
Chipmann, Einige Beobachtungen über die gewöhnlichsten Formen der Impotenz 437.
Chiari, Pigmentmetamorphose 35.
Cholin, Fall von Granuloma sarcomatoides hämorrhagicum multiplex 569.
— 569.
Chotzen, M., Fall von Lupus erythematosus 262.
Christ-Schmidt, Kasuistische Beiträge zur Röntgenuntersuchung aus dem Krankenhause Herisau und der eigenen Praxis 195.
Christomanos, A., Verbrennung durch Blitzstrahl 182.
Cipriani, A. G., Ein sehr praktisches Verfahren zur Heilung des Unterschenkelgeschwürs 257.
Clado 40.
Clark, E., u. A. Clark, Neurektomie zur Verhütung von Onanie 52.
Clarke 83. 361. 364.
Class, Die Ätiologie der Scarlatina 446.
Clément, Raynaudsche Krankheit 406.
Clifford-Perry, Über den therapeutischen Wert des Guajakols bei der Epididymitis 92.
Cloquet 504.
Coffin, A., Pityriasis versicolor mit periodischer Abblassung 221.
— Ein Fall von Melanoglossie 524.
Cohn, J., Familiäre Cystinurie 100.
Cohn, P. 426.
Cohnheim 410.
Colemann, J. B., Addisonsche Krankheit 592.
Collas 364. 374.
Colles 198. 531.
Collin 329.
Colman und Buszard, Ein Fall von Morbus Addisonii, kompliziert durch Leukodermie und tuberkulöse Peritonitis 593.
*Colombini, P., Beitrag zum Studium der Epidermolysis bullosa hereditaria 457.
— Über das Verhalten der Milz bei erworbener Syphilis 429.
— Ein Fall von Urticaria pigmentosa 531.
— 581.
Colomiatti 134.
Comba, Klinische, histologische und bakteriologische Betrachtungen über sieben Fälle von Noma 248.
— 249.
Coni, E. 363. 366.
O'Conor, J., Die chirurgische Behandlung der Varicen 257.
— Chirurgische Behandlung der Arthritis blennorrhoica 348.
Cooper 364. 366.
Corlett 486.
Cornil 137. 376.
Corre 364.
Costa, M. 363. 376.
Couper, D., Ein Fall von Dermatitis gangraenosa 489.
Court, A., Neurotische Ulcera des Mundes 445.
Courtois, Streptokokken und Scharlachfieber 446.
Couyba 106.
Crawford 364.
Cresswell 364.
Crocker, H. R., Epithelialgewächse der Augenbrauen 34.
— Klinische Studien über im Winter und Sommer wiederkehrende Hautausschläge 486.
— Epitheliale Tumoren auf der Stirn 589.
— Lymphangioma tuberosum multiplex 590.
Crombie 364. 366.
Crooke 295.
Csatkal, Ein Fall von kongenitalen Hautdefekten 51.
Curschmann, Zur Untersuchung der Roseolen auf Typhusbacillen 114.
— 81. 180.
Curtis 247.

Czaplewski 495. 516.
— und Vanselow, Beitrag zur Lehre von den Staphylokokken der Lymphe 456.
Czerny, A., Zur Kenntnis der hyalinen Degeneration 151.
— Zur Kenntnis der hyalinen Degeneration 359.
— 34. 330. 587. 588. 589.

Daffet und Weber, Einseitige Kastration wegen Prostatahypertrophie bei einem 87jährigen Manne, Atrophie der Prostata 97.
Daniel, Behandlung der Warzen mit Formalin 592.
Danielssen 106. 136. 479.
Danlos 123. 414. 415.
Darier 127. 129. 150. 151. 252. 270. 408. 415. 427. 561. 604.
Das, K., Dermatitis exfoliativa neonatorum (Rittersche Krankheit) 240.
Dawbarn, Die Zeichen der erblichen Syphilis 393.
Days, O. R. 363.
Decken, G. E., Dermatitis als Folge von Orthoformapplikation 443.
Deguy, Die diphteroide impetiginöse Stomatitis im Kindesalter 554.
Dehio 483.
Déjérine 106. 136.
Delbanco, E., Referate 25. 318. 410. 508. 536. 584. 591. 599.
— 24.
Delbet, Behandlung der Tuberkulose des Hodens 95.
Delétang 472. 474.
Delore 92.
Dematteis, Quecksilbersalbe bei Erysipel 555.
Demons 340.
Demonte, Beitrag zum Studium der Epitheliombehandlung nach Czerny-Trunececk 330.
Dermitzel 396.
Desbonnets 485.
Desnos, Ein Fall von Resektion der Prostata 341.
— 332.
— und Paul Guillon, Die Behandlung der Urethritis chronica mit Einträufelungen von Pikrinsäure 21.
Deutsch, E., Die Behandlung des Lupus vulgaris nnd Lupus erythematodes mit dem Heißluftstrom 195.
Dolore, Fall von Botryomykose 246.
Diday 185. 392.
Digby 364.
Dika, H., Zur Behandlung der Unterschenkelgeschwüre 38.
Dittel 91. 216. 335.
Divaris, P. N., Sclerosis vesico-prostatica im Gefolge einer Influenzapneumonie 219.
Donan, Akutes umschriebenes Hautödem 402.
O'Donovan, C., Ein Fall von akuter transitorischer Manie bei einem Syphilitiker 233.
van Dorssen 577. 578.
van Dort, B., Lepra und Isolierung in den Niederländisch-Ostindischen Kolonien von 1657 bis zum Anfang des 19. Jahrhunderts 577.
Doutrelepont, Beitrag zur Pityriasis rubra (Hebra) 305.
— 302.
Dowel, Henry, Cystitis 162.
— Eine ungewöhnliche Komplikation von subakuter Blennorrhoe 526.
Downie, W., Syphilitische Ulcerationen der Trachea 535.
Doyen 93. 185.
Doyle, W. J., Über Hämorrhoiden 594.
Dreser 399.
Dreyer, Ein Beitrag zur Frage der Inkubationsdauer bei Tripper 484.
Dubreuilh, W., Über ein Eccema hyperkeratoticum interdigitale 387.
Du Castel, Wie sind Warzen zu behandeln? 591.
— Die gute Wirkung der Milchsäure bei einigen pruriginösen Affektionen 47.
— 541.
Ducrey 251. 408.
Duckworth, D., Ein Fall von chronischer interstitieller Nephritis mit interkurrenter Dermatitis exfoliativa 486.
— Elephantiasis eines Beines 555.
v. Düring, Der Fall Neisser 556.
— 427.
— und Trantos, Ophthalmoskopische Befunde bei Leprösen 495.
Duhring 16. 47. 108. 119. 123. 124. 125. 130. 133. 150. 151. 363. 445.
Dukeman, W. H., Ein Fall von Raynaudscher Krankheit mit tötlichem Ende 404.
Dunagan, Radikalbehandlung von Hämorrhoiden ohne Allgemeinnarkose 595.
Dunning, Subcutanes Emphysem, entstanden während des Erbrechens 263.
Duplay 106.
Dupuytren 44.
Durand, V., Über einen Fall von tertiärer syphilitischer Epididymitis 539.
Durlacher, H., Referate 396. 398.
Dyer, J., Einige Fälle von bilateralem Naevus linearis 163.

Eberth 29. 112. 225. 404.
Eccheverria, E. 380.

Echtermeyer 75.
Edinger 328.
Eddowes, A., Ein Prinzip der Behandlung von infizierten Hautfollikeln 546.
Eggelbrecht 81.
Egis, B., Ein Fall von schwerer Pyämie bei Scharlachgenesung 188.
— Ein Fall von gleichzeitiger Masern- und Streptokokkeninfektion 190.
Ehlers, E., Die merkurielle Behandlung der Lepra 482.
— 479.
Ehrhardt, O., Über Geschwülste der weiblichen Brustwarze 586.
Ehrlich 80. 451. 465. 466.
Ehrmann, O., Neue Katheterdampfbüchse 81.
— 176.
Eichengrün, Über Epicarin 399.
Eichhoff 42.
Eichhorst, Über Muskelerkrankungen bei Harnröhrentripper 348.
v. Eiselsberg 589.
Elliot, G. T., Die Rolle der Eiterorganismen bei der Entstehung von Hautrankheiten 527.
— 240. 467.
Elliot, W. M., Ein Fall von Elephantiasis scroti; Komplikation mit grofser Hernie 246.
Enderlen 359.
Engelmann, Die Asepsis in der urologischen Praxis 304.
Englisch, Präputium 84.
— Periurethritis infectiosa 310.
Engmann, M. F., Ein Fall von Salicylsäuredermatitis 166.
— Hereditäre Syphilis 893.
Enriquez und Lereboullet, Allgemeine Arsenikmelanodermie 256.
Epstein, J., Fall von Vitiligo 260.
— 203.
Erlenmeyer 604.
Escherich 574.
v. Esmarch 34. 228. 305.
Esser, J., Sclerema neonatorum oedematosum im Zusammenhang mit ausgedehnter Lungenblutung 599.
Evans, J. J., Gummöse Augenerkrankung 502.
— 363. 384.
Evans, W., Meningitischer Herpes 488.
Eyerich 357.
Eyles 364. 376.

Fabry, Joh., Über das Vorkommen der Tuberkulosis verrucosa cutis (Riehl und Paltauf) bei Arbeitern in Kohlenbergwerken 302.
Fairmon, Ch., Angeborene Tumoren der Finger 585.
Faller, Ein Fall von Impetigo contagiosa bullosa, Pemphigus vortäuschend 438.
Faltin, Ein Fall von periartikulärem Abscefs mit Gonokokkenbefund 142.
Farez, Ein merkwürdiger Fall von Incontinentia urinae während desBeischlafs 337.
Farnarier 541.
Fasans 176.
Fedschenko 264.
Fehleisen 22. 521.
Feigl, G., Die Behandlung des blennorrhoischen Cervixkatarrhes auf Grundlage des Antagonismus der Mikroorganismen nach der Landauschen Methode 351.
Feilchenfeld 81.
Feild, Ed., Über Malaria haemoglobinurica 343.
Feleki, Hugo, Über die antiparasitären Heilmethoden der Harnröhrenblennorrhoe 350.
Felix, E., Lepra der Nase, des Pharynx und des Larynx 496.
Fenwick, Primäre bösartige Erkrankung der Prostata, eine klinische Studie über die ersten 50 Fälle, die Verfasser beobachtet und behandelt hat 95.
— Plastische Behandlung von Urethroperineoscrotalfisteln 131.
Fenyvessy und C. Beck, Die Absorption von Ichthyol durch die Haut 400.
Féré, Der Pruritus und die Trichotillomanie bei der progressiven Paralyse 601.
Fernet, Hallopeau und Panas, Über Syphilisprophylaxe 497.
Figueredo 363.
Finger, Ernest, Ist die gegenwärtige Organisation der ärztlichen Überwachung der Prostitution verbesserungsfähig? 147.
— 207. 208.
Finkelstein, L., Zur Kasuistik der Psychosen bei Masern 191.
Finny 592.
Finsen 19. 171. 195. 396.
Fiocci und Levi, Über das chronische, nicht spezifische Ulcus der Vulva 331.
Fleischl 304.
Flemming, Die Anatomie der Zelle, speziell des Zellleibes 429.
— 271. 212. 273. 274. 276. 284. 409. 410. 418. 463. 506.
Flesch, Prostitution und Frauenkrankheiten 227.
Florence 215.
Floret, Über die Wirkungen des Protargols bei Erkrankungen und Verletzungen der Haut 176.
Forbes, A. M., Die Ätiologie und rationelle Behandlung der urethralen Arthritis und der verwandten Affektionen 526.

Forchheimer 451.
Fort, Dauerspülung der Blase nach Cystotomia suprapubica 334.
Foster, A., Über einen Fall von Morbus Addisonii, welcher mit Nebennierenextrakt behandelt wurde 37.
Foster, Burnside, Ein seltener Fall von angeborenem multiplem Naevus pigmentosus 50.
Foulerton, Alexander, Über Streptothrix-Infektionen 18.
Fournier, A., Über Phagedänismus bei tertiären Syphiliden und deren Behandlung 198.
— Pityriasis rosea 241.
— Die nervösen Erscheinungen der sekundären Syphilis 499.
— Die Prophylaxe der Syphilis durch ihre Behandlung 433.
— Die gummösen Syphilide 501.
— Die Präventivbehandlung der hereditären spermatischen Lues im Verlaufe der Schwangerschaft 582.
— 133. 302. 332. 393. 411. 413. 414. 483. 501. 543.
Fournier, H., Der Unterricht in Tropenkrankheiten 221.
Fowker, Eine überzählige Glans penis 87.
Fowler, W. E., Ein typischer Fall von „Vaccinella“ (generalisierter Vaccine) 454.
— 550.
Fox, C. T., Hämorrhagisches Erythem bei Brightscher Krankheit 181.
— Über einen Fall von bullösem Ausschlag von unbestimmbarem Charakter 216.
— Hämorrhagisches Erythem bei Brightscher Niere 442.
— 302. 548.
— und Blaxall, Einige Bemerkungen über den Ringworm 546.
Fox Tilbury 389. 521.
Fraenkel, Mikrophotographischer Atlas zum Studium der pathologischen Mykologie des Menschen, Lieferung 1 und 2 532.
— Über den Erreger der Gasphlegmone 552.
— 180.
Frank 351.
Franseca 17.
Franz, Karl, Klinische Beobachtungen während einer Masernepidemie unter den Soldaten der Wiener Garnison, mit besonderer Berücksichtigung der Diazoreaktion im Harne und der Blutbefunde 448.
Freemann, W. T., Extragenitaler Schanker am Zahnfleisch 217.
Freudenberg 341. 487. 485.
— Ein modifizierter „Cauterisator prostatae“ zur Bottinischen Operation 96.
Freudweiler 304.
Freund, L., Die Radiotherapie der Hautkrankheiten 170.
— 396.
Frey, Ortssinn der Haut 354.
— 151.
Freymuth 31.
Fricke 85.
Friedeberg, Zur Anwendung des Naftalan 175.
— Zur Anwendnng des Naftalan 400.
Friedländer, C., Mikroskopische Technik 225.
Friedländer, Die Krankheiten der männlichen Harnorgane 491.
Friedrich 179.
Fringuet, Ikterusepidemie bei Kindern 263.
Frisco 474.
Frontan 365.
Frühwald 553.
Fruitnight, H., Otitis der akuten Exantheme vom Standpunkt des Kinderarztes und allgemeinen Praktikers 187.
Fürbringer, Entwickelung und Stand der Händedesinfektion 408.
— 224.
Fuller 485.

Gabbet 17. 275. 463.
Gabritschewsky 122.
Galen 22. 226.
Galezowski, Über die pathogenetische Bedeutung der Recidive bei syphilitischen Erkrankungen der Augen und die Mittel ihrer Verhütung 231.
Gallemaerts, Neuroparalytische Keratitis syphylitischen Ursprungs 502.
Galloway 32.
Garbarini, Die teratoiden Tumoren des Hodens 9.
Garot 477.
Garrat und J. W. Washbourn, Eine systematische, bakteriologische Untersuchung des Rachens bei Scharlachfieber zum Zwecke der Verhütung einer postskarlatinösen Diphtherie 447.
Garrè 527.
Gaucher, M., Über Herpes genitalis 184.
— Quecksilberintoxikation mit tötlichem Ausgang nach Injektionen von Kalomel 401.
Gautier, Über das normale Vorkommen von Arsenik in verschiedenen Organen der Tiere 359.
— Anwesenheit von Arsenik im normalen Organismus 408.
Gay 295.
Gebert, Affektion der rechten Vola manus 327.

Gehrig, Formalinbehandlung der Hyperidrosis pedum 48.
Gerald, F. C., Über die Koexistenz von Infektionskrankheiten 446.
Gerlach 325. 483.
Gernsheim, Unsere Erfahrungen mit dem Naftalan 175.
Gersuny 538.
Ghon und Schlagenhaufer, Ein weiterer Beitrag zur Biologie des Gonococcus und pathologischen Anatomie des blennorrhoischen Prozesses 141.
Gianturco 495.
Gibert 241. 242. 481.
van Gieson 574. 580.
Gilchrist, C. T., Über Lichen scrophulosorum bei einem Neger 194.
— 247.
Gillet, Es giebt keine falschen Impfpocken 455.
— Behandlung der Varicellen 452.
Ginestous 330.
Giovannini, S., Zwei Fälle von Alopecie nach dem Gebrauche von Thalliumacetat 211.
— Histologische Untersuchung eines Falles von Acne cornea 550.
Glossyskin 106. 107.
Glück, L. Zur Kenntnis der leprösen Affektionen an der Glans penis 479.
Göbel 591.
Gocht 295.
Götz, Otto, Referate 31. 37. 40. 43. 44. 46. 47. 48. 84. 90. 91. 97. 143. 180. 183. 184. 186. 189. 220. 232. 238. 243. 245. 246. 250. 252. 256. 260. 263. 335. 344. 354. 357. 358. 399. 401. 404. 405. 406. 436. 442. 445. 449. 450. 452. 455. 504. 539. 541. 542. 544. 548. 552. 554. 555. 589. 590. 591. 593. 595. 596. 600. 603.
Goff, A. S., Die Behandlung von Hämaturie mit Kanthariden 100.
Goldberg, B., Zur Technik der örtlichen Harnröhrenbehandlung mit Flüssigkeiten 88.
— Anweisung zum Selbstkatheterismus 87.
— Über die Asepsis des Katheterismus 309.
Goldmann 176.
Goldscheider 457. 466. 470.
Goldschmidt, Jules 193.
Goliner, Über Jodogallicin 174.
Gollasch 466.
Gombault, A. 131.
Gongova 364. 366.
Gram 40. 142. 243. 428. 463. 465.
Gravagna, Über die anatomischen Veränderungen der Nieren nach therapeutischer Quecksilberdosen 329.
Grosglik, S., Zur Nachbehandlung der Lithotripsie 328.
— Spastischer Verschluß der Speiseröhre als Symptom von Harnröhreninfektion 328.
Grosse, St., Die therapeutische Bedeutung des Tannoforms 176.
Gruby 112.
Grübler 285.
Grünberg, Referate 178. 181. 188. 189. 190. 191. 197. 232. 237. 244. 250. 255. 261. 262. 308. 346. 349.
Grünfeld 467. 468.
Günther 85.
Guermonprez und A. Platel, Über Fingerherpes 390.
Güterbock 484.
Guiard, Grenzen der progressiven Dilatation bei der Behandlung der Harnröhrenverengerungen. — Ausgezeichnete Wirkung der Methode der starken Dilatationen in schwierigen und hartnäckigen Fällen 219.
— Behandlung der Prostataeiterungen mit Punktion durch die Rektalwand und nachfolgenden antiseptischen Spülungen 436.
Guillon, Paul und Desnos, Die Behandlung der Urethritis chronica mit Einträufelungen von Pikrinsäure 21.
— 332.
Guimaraes 363. 366. 376.
Guiteras, Ramon, Über Urinretention 98.
— 340.
Guizzetti, Ulcerative Stomatitis 553.
— 249.
Gummelt 532.
Gumplowicz 451.
Guyon, Über die Wahl der Instrumente beim Katheterismus der Prostatiker 97.
— Larvierte Formen der chirurgischen Krankheiten des Harnapparates 220.
— 21. 311. 312. 332. 340. 341. 491.

Hacker, v. 310.
Hager 478.
Hahn, F., Referate 26. 29. 30. 35. 44. 45. 49. 51. 52. 87. 88. 92. 94. 96. 99. 100. 141. 147. 152. 172. 173. 174. 176. 178. 183. 184. 191. 192. 194. 195. 198. 199. 215. 229. 230. 232. 234. 237. 240. 241. 242. 244. 249. 256. 257. 263. 308. 328. 335. 336. 337. 342. 343. 346. 348. 353. 408. 429. 441. 442. 446. 454. 493. 495. 497. 550. 555. 556. 576.
Hahn 396.
Haig, Alexander, Die Behandlung des Scharlachfiebers mit salicylsaurem Natrium 448.
— 366.
Hall, A. J., Klinische Beiträge: 1. Zufällige Vaccination der Hände 487.
Hallopeau 127. 128. 244. 296. 299. 427. 601.
—, Panas und Fernet, Über Syphilisprophylaxe 497.

Halpern, J., Ein Fall von Cystitis bei einem zweijährigen Kinde 574.
Hamilton, G., Eucain als lokales Anaestheticum 173.
— 106.
Hammond, Die Geschlechtskrankheiten im amerikanischen Heere 149.
Hamonic 431.
Hansemann 235.
Hansen, G. A., Ein seltener Fall von Lepra 479.
— 136. 137. 150. 479.
Hansen, F., Über die Genese einiger Bindegewebsgrundsubstanzen 145.
Haralamb, Die Behandlung des weichen Schankers durch Hitze, insbesondere durch heifse Luft 251.
Hardy, Influenza begleitet von einem urticariaähnlichen Ausschlage und Desquamation, die Scharlachfieber vortäuschte 403.
Harington, V., Bemerkungen über den Guinea-Wurm 602.
Harnack 478.
Harrison, R., Über einige Varietäten der Struktur bei Prostatahypertrophie und deren Behandlung 96.
Hârsu, Referate 494. 495. 496.
Hartge, Fünf Fälle von Herzsyphilis 235.
Hartley, F., Einige chirurgische Betrachtungen über Syphilis 227.
Hartzell, Epitheliom als Folge von Psoriasis und die Wahrscheinlichkeit eines Entstehens infolge von Arsenikdarreichung 241. 547.
Haslam, Fibromyoma des Penis 87.
Haslund 326. 482.
Hassenstein, Ungewöhnliche Formen diphtheritischer Erkrankungen, übertragen durch eine Hebamme 29.
Hauser, Die Varicocele als Teilerscheinung bei Nierentumoren 93.
— 82. 83. 307. 552.
Havas, A., Über Depilation mit Röntgenstrahlen 51.
Haward, W. 349.
Hay, W. G., und Montgomery, Talgdrüsen in der Schleimhaut des Mundes 212.
Head 45. 116.
Heath 349.
Hebra, F. 4. 41. 104. 124. 153. 159. 195. 213. 263. 305. 516. 523.
Heddaeus 89. 90.
Heitzmann 266. 274.
Helbig 81.
Heller, Neurofibrome 72.
— Lupus erythematodes acutus 324.
— Fall von Atrophia cutis idiopathica 325.
— Pityriasis rubra pilaris 424.
— Syphilis der Aorta als Ursache des Aneurysma 582.
— 72. 74. 545. 568. 569.
Henderson 364.
Henoch 450.
*Herbert, H., Die jungen Plasmazellen oder Lymphocyten bei der chronischen Entzündung 313.
Herrich, J. 363.
Herringham, Sklerodermа mit Attacken von lokaler Synkope 596.
Herscher 414.
Herxheimer, K., Über die Struktur des Protoplasma der menschlichen Epidermiszelle 355.
— 279. 280. 281. 282. 284. 433. 521.
Herzfeld 467.
Herzog, M., Ein Fall von Oestrus hominis 49.
— Zur Diagnose der Urämie und über Albuminurie des Diabetes mellitus 99.
— Zur Histologie der Syphilis 197.
— Ein Fall von Pagets Disease 252.
— 579.
— und H. G. Anthony, Ein Fall blastomycetischer Dermatitis auf der Basis syphilitischer Geschwüre 525.
Heubner 451.
Heymann, Über einen Fall von Hämophilie mit erfolgreicher Anwendung der Gelatineinjektion 179.
Hieroglyph 191.
Hill, L. L., Über Retention der Hoden mit Anführung von Fällen 338.
— 36.
Hiller, Pemphigus foliaceus neonatorum 28.
Hilscher, J., Die günstige Wirkung der Röntgenstrahlen auf den Lupus und deren Nebenwirkung auf die Haut und ihre Anhangsgebilde 295.
Hippokrates 22.
Hirsch, John, Referate 72. 159. 324. 424. 566.
— 22.
Hirschfeld, F., Nahrungsmittel und Ernährung der Gesunden und Kranken 222.
Hirschlaff, W., Über Lichen syphiliticus 305.
Hirschler 40.
Hirschmann 161.
Hitschmann 552.
*Hodara, M., Histologische Untersuchung über die Wirkung des Chrysarobins 53.
— 43.
Hodgen, J. F. 52.
Hoerschelmann, Zur Frage der sexuellen Hygiene 148.
Hoff 176.
Hoffmann 447. 467. 477.
Hoggan 531.
Hogge 311.
Holland, C. Th., Ekzem, behandelt mit X-Strahlen 545.
Hollaender, E., Der elektrische Mikroheifsluftkauter 503.
— 195.

Hollmann, C., Zur Histopathologie der Pityriasis rosea Gibert 431.
Holzhauser und Hügel, Vorläufige Mitteilungen über Syphilisimpfungen am Tiere 431.
Honcamp 72.
Honl, J., Über Bakteriotherapie der Schenkelgeschwüre 595.
van Hoorn 75.
Hopf, E., Referate 26. 27. 36. 38. 47. 87. 94. 95. 144. 145. 146. 149. 150. 151. 163. 171. 174. 182. 185. 190. 194. 199. 225. 226. 227. 229. 233. 236. 240. 242. 250. 252. 264. 310. 312. 333. 334. 337. 339. 340. 341. 344. 350. 351. 352. 353. 394. 395. 408. 438. 448. 491. 492. 497. 499. 502. 536. 544. 545. 550. 555. 585. 592. 595. 598.
Horand 92.
Hornaday 363.
Hornburg, Die Radikalteilung des Epithelialkrebses nach Czerny und Trunecek 34.
Horowitz, M., Die Behandlung des Ulcus molle und seiner Komplikationen 251.
Horváth, Über Parästhesie des Nervus cutaneus femoris lateralis 184.
Horwitz, Ursachen der Retentio urinae beim Manne und ihre Behandlung 377.
— 363.
Howard, W. T., Hämorrhagische Septikämie beim Menschen infolge des Kapselbacillus 180.
Howland, G. T., Cystitis, deren Ursache und Behandlung 311.
Hoyer 146.
Huber, A., Über Atrophia idiopathica diffusa progressiva cutis im Gegensatze zur senilen Atrophie der Haut 573.
Hügel, G., Einiges über die Bartholinitis 432.
— und K. Holzhauser, Vorläufige Mitteilungen über Syphilisimpfungen am Tiere 431.
Hüter 24.
Huismann, Über Morbus Addisonii 593.
Huldschiner, R., Zur Frage der Katheterdesinfektion 87.
— Zur Katheterdesinfektion 310.
Husemann 478.
Hutchinson, J., Eine syphilitische Form der Mykosis fungoides 439.
— Über Dermatitis der Handteller und Fufssohlen 439.
— Weitere Bemerkungen zur Lepra 439.
— Syphilis und Framboesia 439.
— Zur Bekämpfung der Lepra 439.
— War die Syphilis Ende des 15. Jahrhunderts eine neue Krankheit für Europa? 440.
— Hereditäre Syphilis 440.
— Schwere Syphilis 440.
Hutchinson, J., Ausschlag im Anschlufs an die Impfung 440.
— Syphilis maligna 440.
— Sykosis keloides 440.
— Herpes am Sitz eines ehemaligen Schankers 440.
— Ein Fall von akutem, herpetischen Pemphigus 440.
— Bemerkungen über Insekten und andere Hautparasiten 441.
— Aneurysma bei kongenitaler Syphilis 539.
— 70. 166. 217. 334. 394. 487. 548.

Jaccond 136.
Jacksch 448.
Jackson, T. V., Multiple Naevi 307.
Jackson 49.
Jacobi, A., Ein Fall von symmetrischer Geschwulstbildung, Erythromelalgie 187.
Jacobsohn, Paul, Liebe und Meyer, Handbuch der Krankenversorgung und Krankenpflege 81.
Jacobsthal, Die pathologische Anatomie der Barlowschen Krankheit 441.
Jacquet 106. 108. 125. 131.
Jadassohn 17. 297. 300. 305. 414. 415. 419. 581.
Jakowlew, S. und Tarnowsky, Die Luesbehandlung mit dem Serum merkurialisierter Tiere 237.
James, A., Zwei Fälle von Sklerodermie, mit Bemerkungen 44.
— Ein Fall von hereditär-syphilitischer Osteitis 232.
— Hereditäre syphilitische Osteitis 500.
Janet 145. 312. 350. 352. 357. 491. 566.
Jankau 396.
Janovski, Ekzem 239.
— 353.
Jarisch 78.
Jeanselme 133. 135. 211. 495.
Jersild, O., Referate 142.
Jessner, S., Die Akne (Acne vulgaris, Acne rosacea etc.) und ihre Behandlung 26.
— Des Haarschwunds Ursachen und Behandlung 40.
— Arzneiexantheme 399.
— Prostitution 357.
— Pathologie und Therapie des Hautjuckens, I. Teil 492.
— Referate 17. 28. 32. 33. 36. 39. 46. 49. 50. 81. 82. 88. 89. 90. 91. 93. 95. 148. 149. 152. 170, 174. 175. 184. 187. 191. 196. 216. 225. 226. 230. 231. 236. 238. 239. 241. 243. 247. 253. 254. 255. 258. 260. 262. 306. 310. 311. 327. 328. 329. 336. 340. 348. 350. 351. 352. 353. 354. 358. 359. 394. 395. 400. 401. 402. 403. 446. 449. 451. 484. 485. 495. 496. 501. 503. 546. 552. 554. 588. 595. 596. 597.

Intassy 396.
Joal, Urticaria hervorgerufen durch Gerüche 402.
Joers, K., Demodex s. Acarus folliculorum und seine Beziehungen zur Lidrandentzündung 49.
Joffroy, Beziehungen der Syphilis zur allgemeinen Paralyse 541.
— 401.
Johnson, W. L., Über Purpura rheumatica 181.
Johnson, R. 34.
Jones 396.
*Jordan, A., Ein weiterer Beitrag zur Welanderschen Sackbehandlung der Syphilis 508.
— Lupusepitheliom der linken Hand 75.
— Versuche mit Thiolum liquidum bei einigen Hautkrankheiten 401.
— Über Syphilisbehandlung mit Merkuriol 518.
— Referate 75. 145. 170. 195. 235. 294. 517. 538. 544. 569. 570.
Joseph, M., Die Behandlung des Unterschenkelgeschwürs mit Crurin 328.
— 302. 467. 469. 470. 475. 532.
Isaac, Ad., Über neuere Therapie der Genitalgeschwüre 250.
— Über neuere Therapie der Genitalgeschwüre 551.
Jubainville, Symptome und Diagnose der Blasensteine bei Kindern 90.
Juhel-Renon, Die Behandlung des Gesichtserysipels 245.
Jullien, L., Die weiblichen Geschlechtskranken von Saint Lazare 221.
— Betrachtungen über die Möglichkeit, die Prostituierten zum Guten zurückzuführen 524.
— 26. 233. 537.
Juliusberg, Über die Pityriasis lichenoides chronica (psoriasiform-lichenoides Exanthem) 297.
— 427.
Jürgensen 449.
Juvara, Behandlung der Hydrocele durch Eversion der Tunica vaginalis 93.
Iwanowsky 599.

Kaczekowski, Nochmals zur Frage der Harnblasendrainage 335.
— 91.
Kaetner 255.
Kalindero, Über die spinalen Komplikationen der Blennorrhoe 347.
— 495. 496.
Kaposi, Ein Fall von toxischem Erythem mit tötlichem Ausgange 178.
— Handatlas der Hautkrankheiten für Studierende und Ärzte 222.
Kaposi 27. 76. 78. 153. 264. 331. 354. 355. 399. 470. 549.
Kapsammer, Über ausdrückbare Blase 89.
— Ein gänseeigrofser Stein in einem Vaginalsacke beim Manne 215.
— Über primäre Prostatatuberkulose 340.
Karewski, F. und Boas, J., Die Behandlung der Hämorrhoiden 258.
Karvonen, J. J., Die Nierensyphilis 434. 577.
*Kaufmann, R., Zur Behandlung der Epididymitis gonorrhoica 514.
— Über einen Fall von Tripperinfektion trotz prophylaktischer Instillation einer 2proz. Argentum-nitricum-Lösung 347.
Kedrowski, Kulturen der Leprabacillen 516.
Kegler, K., Ulcera mollia vaginae 250.
Kellock, Eine neue Methode der Hautverpflanzung 152.
Kellog 396.
Kelly 530.
Kemp 528.
Kennedy, Einige Beobachtungen an einem Fall von Albuminurie 342.
— Behandlung von Geschwüren 393.
Kernig 496.
Keyes jun., Ein Fall von Kastration mit negativem Erfolge 167.
Kiessling, Ein Fall von Lues gallopans mit schweren Knochenaffektionen 540.
Kirk, R., Neuritische Ulcera des Mundes 445.
Kiss, J., Über die Zulänglichkeit der Beleuchtung bei verschiedenen Urethroskopen 576.
Kissel, A., Eine neue Methode der Behandlung der Stomatitis ulcerosa 33.
— Ein Fall von multipler Periostitis acuta syphilitica bei einem 6jährigen Mädchen 232.
Klebs 180. 447.
Klein 188.
Kleinmann, Protargol beim Tripper 144.
— 145.
Klemperer, G., Zur Behandlung der Phosphaturie 344.
Klingmüller, V., Über tuberkuloseähnliche Veränderungen der Haut mit Auftreten von epitheloiden Riesenzellen und Nekrose bei Lepra maculo-anästhetica 481.
Klippel und P. Trenaunay, Naevus varicosus osteo-hypertrophicus 602.
Klotz 204.
Knolle, Multiple Hautsarkome 74.
Kober, Über Hodensarkom 94.
Kobert 478.
Koch, F. 17.
Koch, Henry, Das Urethroskop in der Behandlung der Strikturen 526.

Koch, R. 7. 8. 22. 250. 463. 532.
Kocher 83.
Köbner 144. 151. 325. 391. 457. 466. 467. 469. 470. 475. 516. 519. 545.
Koehler, A., Die Behandlung der chronischen Unterschenkelgeschwüre 257.
— Dermatitis herpetiformis 445.
König, 34. 75. 349. 408.
Koeppelin, Syphilitische Kniegelenkentzündung 236.
Köppen 278.
Kofmann, S., Zur Tamponade der Urethra 88.
Kolle, Mitteilungen über Lepra nach Beobachtungen in Südafrika 194.
Kollmann 88. 393.
— und Wossidlo, Neues cystoskopisches Instrumentarium 483.
— — Cystoskop mit Desinfektionshülfe 483.
Koplik, H., Das neue diagnostische Merkmal bei Masern, Flecken an der Mund- und Lippenschleimhaut 190.
— 449. 450. 451.
Kopp 357.
Kopytowski, W., Kurzer Bericht über die Anwendung des Thioforms bei Geschlechts- und Hautkrankheiten 306.
Koppel, J., Behandlung der Syphilis mit 5%igen Sublimatlösungen nach Lukasiewicz 238.
Korsakow, Ein Fall von Myxödem im früheren Kindesalter 261.
Kotowtschikoff, Über die Behandlung des Eiterungsstadiums der Variola vera 453.
Kracht, Pityriasis rubra pilaris 76.
— Cornu cutaneum 295.
— 516.
Krafft-Ebing 309.
Krahn, Über einen Fall von sekundärer Hydronephrose infolge von Blasenpapillom 336.
Kraske 538.
Krassnoff, Syringomyelie 75.
— Besserung der Elephantiasis Arabum durch Kalomelinjektionen 294.
— Elephantiasis verrucosa mit Kalomelinjektionen behandelt 517.
Krasnoglasow 76.
Kratzkow 152.
Kraus, H., Perichondritis laryngea bei Scharlach 188.
Krause 310. 359. 504.
Krawkow 360.
Krefting 251.
Kreibich, Histologie des Pemphigus der Haut und der Schleimhaut 78. 298.
— Lupus erythematodes mit multipler Carcinombildung 518.
Kreissl, F., Zur Technik der operativen Behandlung der Harnröhrenstrikturen 485.
Kreps, M., Weitere Beobachtungen über den Katheterismus der Ureteren 575.
Kromayer 78. 298. 346.
Krompecher 356.
*Krzysztalowicz, Fr., Über die Behandlung des Lupus vulgaris nach der Unnaschen Methode 6.
— Inwieweit vermögen alle bisher angegebenen spezifischen Färbungen des Elastins auch Elacin zu färben? 265.
Kümell 396.
Küsel, Moulage 76.
Küster 229.
Kufeke 223.
Kulenkamp 305.
Kultschitzky 281.
Kurth 188.
Kutner 508.
Kutznitzky 80.

Labadie-Lavrage, Komplikationen der Mitralstenose und die Rolle der hereditären Lues bei der Ätiologie derselben 539.
Lalander 516.
La Mensa, Über den therapeutischen Wert des zimmtsauren Natrons bei der Behandlung der Hauttuberkulose 531.
Lancereaux 106. 228. 506.
Landau 351. 352.
Landerer 258.
Lang 6. 7. 187. 195. 544. 545.
Lange Jérome 190.
Langenbeck 228. 229.
Langer 411.
Langhans 305. 481. 482.
Langlebert 514.
Lannelongue 360.
Lanz, Alfr., Die Behandlung der Stomatitis mercurialis 169.
— Über die Lagerung der Gonokokken im Trippersekret 573.
— 169.
Larrien, Schnelle und gründliche Heilung der Syphilis 394.
Lasareff, Lepra maculo-tuberosa 294.
Lassar 1. 25. 34. 74. 82. 262. 491. 516. 596.
Lassar-Cohn, Die Chemie im täglichen Leben 394.
Lau, H., Zur symptomatischen Behandlung der Psoriasis, nebst einigen Beobachtungen über diese Krankheit 241.
Launois 341.
Lauras 476. 477. 478.
Leawitt, Pocken, Bericht über 21 Fälle mit Photographien 191.
Le Calvé und Malherbe, H., Direkte Übertragung von Ekthyma von Tier auf Mensch 391.

Ledermann, Die Behandlung der akuten Blennorrhoe 350.
— Lichen ruber planus 424.
— Hyperkeratotische Psoriasis 567.
— Oligotrichosis, Alopecia intermittens 567.
— 74. 326. 425. 568.
Lehmann 80.
Leiner und Passini, Über einen Fall von Noma faciei 31.
*Leistikow, Zur Anwendung der Pyrogallussäure im Gesicht 293.
— 53. 492.
Leite 405.
Leloir 105. 106. 107. 108. 111. 113. 114. 115. 128. 129. 133. 134. 136. 137. 193. 391. 479.
Lenhartz, H., Erysipelas (Rose, Rotlauf) und Erysipeloid 22.
Leo, Über Coincidenz von Masern und Pemphigus 450.
Le Pileur, L., Sind die Bordelle vom ärztlichen Standpunkt aus empfehlenswert? 581.
Lereboullet und Enriquez, Allgemeine Arsenmelanodermie 256.
*Leredde, Die Rolle des Nervensystems bei den Hautkrankheiten 101.
— Allgemeine Pathologie der toxischen Dermatosen 150. 151.
Lesser 72. 74. 75. 159. 160. 204. 324. 226. 467. 567. 568.
Leudesdorf, Max, Aus der Praxis eines alten Arztes. (Einiges über Syphilis) 497.
Leudet 128.
Leuxander, Über Ausräumung der Lymphdrüsen in der Leiste und längs der Vasa iliaca und der Vasa obturatoria in einer Operation 252.
Levi, L., Die Autoserotherapie der Syphilis und die Immunisation gegen das syphilitische Virus 168.
— Syphilitische Intoxikation und Infektion 531.
— und Fiocco, Über das chronische, nicht specifische Ulcus der Vulva 331.
Leviseur, Jodkalium bei der Behandlung der Akne 550.
Levy 40. 495.
Lewin, G., 107. 151.
Liberson, J., Ein Fall von Lupus erythematosus, behandelt nach Joseph Schütz 262.
Liebe, Paul Jacobsohn und George Meyer, Handbuch der Krankenversorgung und Krankenpflege 81.
Liebreich 439.
Liégois, Raynaudsche Krankheit: die heilbaren und die unheilbaren Fälle 405.
Lieur 95.
Lilienthal, H., Katheterisation des gesunden Ureters durch eine infizierte Region 529.
Lima 361. 362. 364. 366. 368. 375. 376. 383. 384.
Lindenthal 552.
Lindsay, Über Antistreptokokkenserum bei der Behandlung von Variola 452.
Lister 155.
Liveing 414.
Livi, R., Über Vaccination und Variola in der italienischen Armee 454.
Livini 463.
Locatelli und Miglioriní, Die Herxheimerschen Spiralen 531.
Loeb, Taillensuspensorium 264.
— 80.
Löffler 442. 447. 456. 463.
Loewald, A., Über den heutigen Stand der Hereditäts- und Contagiositätsfrage der Lepra 193.
Loewenbach, G., Histologische Befunde bei Herpes tonsurans maculosus et squamosus mit Pityriasis rosea 27.
— 432.
Loewenfeld, Weitere Beiträge zur Lehre von den cutanen neurotrophischen Störungen: über eine eigenartige cutane Neurose 183.
Loewenhook 567.
Loewenstein, J., Über die verschiedenen Formen der Syphilisbehandlung 234.
Löwenthal, J. L., Die Lichttherapie 396.
Lohnstein, H. 143.
Longuet, Ein Fall von Thrombophlebitis des Samenstranges, behandelt mit Phlebektomie 338.
Looft 479.
Loumeau, E., Phlegmone der Leistengegend 247.
— Krebs des Penis und Abscefs der Prostata 310.
— Über zwei Fälle von Blasentumoren mit Beseitigung durch den Bauchschnitt 337.
— 340.
Louza 405.
Lucas und Blond, Über die Tätowierung bei den Prostituierten 26.
Luithlen 78. 160. 298.
v. Lukasiewicz 16. 288.
Lustgarten 273. 276. 285.
Lustig, G., Ein Pulverstreuer 503.
Lympius, Zur Kasuistik der Gesichtsfurunkel 30.

Mac Donald, Pikrinsäure bei oberflächlichen Brandwunden 443.
Macgregor, S., Instruktive Fälle von syphilitischer Meningomyelitis 234.
Maclachnan, J., Erysipel und verwandte Krankheiten 244.

Mac Lean, A., Eine neue urethrale Instillationsspritze 581.
Mac Leod 246.
Mac Mahon, J. R., Ein englischer Leprafall 194.
Mager, W., Ein Fall von Pankreascarcinom 587.
Majocchi und Bosellini, Zur Ätiologie des Boubas 554.
Mainzer, Ein Fall von Elephantiasis congenita 29.
Maitland. C. B., Periphere Neuritis im Anschlufs an das weiche, venerische Geschwür 550.
— J., Über „chronische venerische Geschwüre" (chronic veneral sores) oder „Granuloma ulcerosum" nebst einem typischen Fall 32.
Malassez 505.
Malenchini und Pieraccini, Durch den Eberthschen Bacillus verursachte Abscesse im Unterhautzellgewebe 29.
Malherbe, H., Ein Fall von post-konzeptioneller Syphilis 221.
— Essentielle Hämaturie 344.
— Herpes tonsurans mit kleinen Sporen (Mikrosporon Audouini) bei einem Kind. Ausbreitung über die unbehaarte Haut 581.
— und Le Calvé, Ein Trichophyton beim Pferde 242.
— — Direkte Übertragung von Ekthyma auf Mensch 391.
Malpighi 574.
Malyscheff, Erythema exsudativum multiforme 569.
— Lepra tuberosa 570.
— 294.
Manchot 277.
Mankiewicz, Die Salicylsulfosäure als Eiweifsreagens 81.
Manson 549.
Marcacci 134.
Marcuse, Julian, Die Geschlechtskrankheiten in der deutschen Armee 149.
— Airol, ein Ersatzmittel des Jodoforms 172.
— Lichen simplex chronicus Vidal 427.
— Pemphigus haemorrhagicus malignus neonatorum 427.
Mares, J., Über Naftalanbehandlung des Ekzems 546.
Marin, Trepanation in einem Falle von heftiger Cephalalgie syphilitischen Ursprungs 541.
Marmorek 24.
Marnoch, Tumor des Samenstranges 94.
Marsden 588.
Marsh 556.
Marschalko, Demonstration von Rhinosklerompräparaten 248.
— Zur Plasmazellenfrage 356.
Marshall, C. F., Mitteilung über einen Fall von Syphilis ohne Primärgeschwür 199.
— 349.
Martin, Die Diagnose der Pocken 392.
— Psoriasis 393.
— Behandlung der chronischen Blennorrhoe 393.
— 173. 258.
Martineau 431.
Martinet, Ein Fall von Hermaphroditismus 83.
Martinotti, Über die Reaktion der elastischen Fasern auf Höllenstein und über die Beziehungen des elastischen Gewebes zum Muskelgewebe 145.
— 274.
Marvin 253.
Mason, Die Pockenepedimie in Hull 452.
Massart 329.
Maurer 146. 288.
Mauriac 128.
Mauthner 230.
May, P. M., Ein Fall von Syphilis des Herzens und der Leber 538.
Mayer, Lichen ruber 327.
— 464.
Maynard, J. P. 476.
Mazza, Über die Hauttuberkulose der Greise 163.
Meissner, P., Die Kathaphorese und ihre therapeutische Verwertbarkeit 397.
— 270. 532.
Meijere, Ist die Gruppenstellung der Säugetierhaare eine Stütze für die Mauersche Hypothese von der Ableitung des Haares von Hautsinnesorganen niederer Vertebraten 146.
Melazzo, Das Bleinitrat beim weichen Schanker 329.
Mende 81.
Mendelssohn 515.
Menetier 415.
Menière 74.
Menko, Choreiforme Bewegungen nach Varicellen 191.
La Mensa, Über einige Versuche auf Aufhebung der Chemotaxis bei den Tieren durch das syphilitische Virus und dessen Toxine 330.
— Die Immunität gegen Syphilis und die Chemotaxis bei den Tieren 329.
Menzel, M., Über Argyrose 49.
Merck 343.
Merken, Paul, Beitrag zur Kenntnis des Fibroma molluscum 254.
Merklen 401.
Merlier, Beobachtungen über extragenitale Schanker 499.
Merx, Über einen Fall von chronischer Urticaria der Schleimhaut der Halsorgane 178.

Mesnard, L., Einige Fälle von Cerebralsyphilis 282.
— Der Canadabalsam in der Therapie des Blasenkatarrhs 312.
Mesquita 372. 374.
Messum 364
Metschnikoff 121. 122.
Metscherski, Sklerodermie 76.
— Sarcoma melano-pigmentosum multiplex cutis 516.
— Lupus serpiginosus exulcerans et crustosus 517.
Meyer, George, Liebe und Jacobsohn, Handbuch der Krankenversorgung und Krankenpflege 81.
Meyer, M., Micrococcus intertriginis Rosenbach 547.
*Mibelli, Maculae atrophicae bei einem Syphilitiker 410.
— Ueber einige neue Heilmittel und Methoden in der Dermatotherapie 399.
— Zur hypodermalen Syphilisbehandlung 544.
— 277.
Michailow, P. P., Ein Fall von Gonitis blennorrhoica bei einem Mädchen 349.
Michelson 25.
Mielck 3.
Miegdorn 81.
Migliorini und Locatelli, Die Herxheimerschen Spiralen 531.
Mikulicz 248.
Milian, Jodpurpura der Mundschleimhaut 182.
Millard, K., Trichorrhexis nodosa 597.
Millée, Ein eigentümlicher Fall von Hydrargyrose 391.
Milton 364.
Minin, Die neueste Anwendung der Lichtbehandlung 170.
Mirault 365.
Mitchell 131. 186.
Möller, M. 204. 205.
Mohr 327.
Molènes 501.
Montgomery, D. und Hay, Talgdrüsen der Mundschleimhaut 212.
De Moor 176.
Moore, James, Antistreptokokkenserum bei der Behandlung primärer, venerischer Geschwüre und ihrer Komplikationen 33.
Morat 106.
Moreigne, Studie über die Cystinurie 219.
*Moreira, J., Ein neuer pathologisch-anatomischer und klinischer Beitrag zur Kenntnis des Ainhums 361.
Moreschi, Eine neue Methode der Behandlung von Varicen und varikösen Geschwüren 38.
Morgan 376.
Morris, M. 239.
Morrison 384.
Morrow, P. A., Ein Fall von makulösen Lepriden der Kopfhaut 525.
— 163. 164.
Morvan 133.
Moschowitz 187.
Motta 374.
Moullin, C. M., Syphilitische Reinfektion 499.
Moyniban, Über Gelenkaffektionen bei Blennorrhoe 349.
Müller, Albert 328.
Müller, C., Referate 27. 28. 29. 33. 35. 37. 44. 90. 91. 92. 93. 141. 144. 168. 171. 173. 179. 187. 189. 196. 232. 238. 244. 245. 246. 247. 248. 249. 252. 255. 256. 308. 332. 335. 345. 346. 347. 348. 359. 399. 404. 406. 420. 442. 446. 455. 475. 494. 499. 502. 531. 544. 550. 554. 582. 589. 590. 591. 601. 602.
— 554.
Müller, F. J., Jahresbericht für 1898 über das Leprahospital zu Pelantöngan 494.
Müller 27. 271. 279. 280. 285. 462.
Mugdan 81.
Munro, Pemphigus contagiosus 549.
Murray, R. M., Ein Fall von Latenz der blennorrhoischen Infektion 142.
Murrel, Zwei Fälle von Erysipel, die mit Antistreptokokkenserum behandelt wurden 554.
— und F. F. Bond, Zwei Fälle von Erysipel, welche mit Antistreptokokkenserum behandelt wurden 28.
Muscatello 40.
Musehold 481.

Nankivell, Ein Fall von multiplem Fibrom 34.
Naphtali und Spiegel, Untersuchungen über Naftalan 400.
Nasarow, M., Ein Fall von Pemphigus foliaceus-Cazenave 213.
Nash, W. G., Scharlachfieber ohne Ausschlag 447.
Nasse 305.
Natanson, A., Zur Struktur des Hauthorns (Cornu cutaneum palpebrae) 88.
Neale 307.
Neish 482.
Neisser, A., Blennorrhoe und Ehekonsens 346.
— Einige Bemerkungen über den therapeutischen und diagnostischen Wert des Alt-Tuberkulins 496.
— 78. 80. 136. 142. 297. 334. 346. 349. 351. 357. 396. 426. 533. 534. 513. 556.
Nélaton 85.
Nesterovsky, Zur Kasuistik des Morbus Werlhofii 180.

Nestle 223.
Neufeld 404.
Neumann, J., Vorlesungen über die Therapie der Syphilis 236.
— Dauer der Kontagiosität der Syphilisprodukte. Kontagiosität der tertiären Syphilis 498.
— Beitrag zur Kenntnis des Pemphigus vegetans 554.
— 39. 181. 182. 266. 401. 419. 427. 500.
Neumann 81.
Newman, David, Die Behandlung der septischen Infektion des Harntraktus 82.
Newman, Robert, Bottinis Operation und andere Behandlungsmethoden der vergrößerten Prostata 341.
Neunerdt 237.
Nichols, J. B., Gelatin als Hämostaticum, Mitteilung eines damit behandelten Falles von Hämophilie, Heilung 407.
Nicholson, Ein Fall von akuter Dermatitis, verursacht durch Hantieren mit Rhus toxicodendron 443.
Nicol, B. A., Hauthämorrhagie und Pigmentation in einem Falle von Basedowscher Krankheit 488.
Nicolau, S., Die Sensibilitätsstörungen der Lepra 495.
Nicoll, James H., Die Behandlung der chronischen Prostatahypertrophie 96.
Nicolle, Experimentelle Erzeugung des weichen Schankers beim Affen 550.
— 83.
Nielsen 463.
Niehaus 24.
Nikiforow 295.
Nikolsky 213.
Nitsche 80.
Nitze 88. 425. 426. 576.
Nivet 414.
Nobl, G., Technischer Beitrag zur Irrigationsbehandlung der Harnröhrenerkrankung 352.
— Zur kausalen Therapie der Blennorrhoe 351.
Noffke 143.
Noguès und Wassermann, Über einen Fall von Infektion der hinteren Harnröhre und der Prostata, hervorgerufen durch eine besondere Mikroorganismenform 311.
Notthafft, Taschenbuch für Dermatologen und Urologen 492.
Nussbaum 85.

Oberländer, Über Prostataverletzungen durch Unfall 215. 328.
— Zur Kasuistik der Prostataverletzungen 340.
— 88. 329. 576.
Oestreich 259.
Oetken 206.
Ogle und Rolleston, Syphilitische Stenose beider Bronchien 535.
Ohmann-Dumesnil, „Dolomol-Compounds" bei Hautkrankheiten 172.
— Ein neues wertvolles Dermatotherapeuticum 163.
— Geruchloses Jodoform 174.
— Ein Fall von Ichthyosis nigricans 255.
— Eine schnelle und erfolgreiche Behandlung der chronischen Beingeschwüre 257.
— Genitale Störungen 308.
— Die erfolgreiche Entfernung von Tättowierungen 601.
— 363. 366. 415.
Okamura, T., Über Blutbefunde bei Xeroderma pigmentosum 303.
Opie 594.
Oppenheim, H., Zur Dermatomyositis 553.
Oppenheimer 414. 415. 419.
Orbach, W., Lichen atrophicus und Vitiligo 299. 391.
— 427.
Orlow, Mikroskopische Untersuchungen des Genitalsekretes der Prostituierten Moskaus 295.
— 294.
Dell'Orto 363.
Oslater 363.
Osler, W., Bronzed Skin bei hypertrophischer Lebercirrhose 593.
Otis 501.

Pacini 145.
Paczauer, Über Radikalbehandlung der Unterschenkelgeschwüre 257.
Paget 252. 586. 587. 589.
Palm, Pityriasis rubra pilaris 72.
Paltauf 302.
Panas, Fernet und Hallopeau, Über Syphilisprophylaxe 497.
Panichi, Das Protargol bei der Behandlung der Blennorrhoe 144.
v. Pappenheim 536.
Pargay 85.
Parisot, Darminfektion gegen allgemeinen Pruritus der alten Leute 47.
Parker, R., Über die Excision der Karbunkel 30.
— Ein Fall von cystischer Entartung der Nieren mit allgemeiner Dermatitis exfoliativa 240.
Parona, Eine neue Operationsmethode der Varicocele 93.
Parry, Kongenitaler Unguis incarnatus 182.
Pässler, Scharlachmeningitis 188.
Paschkis, H., Verordnungsweisen des Naftalan 174.
Passarge 268.

Passini und Leiner, Über einen Fall von Noma faciei 31.
Patel, Drei Fälle von Lupus erythematosus 44.
— und Pinatelle, Über drei Fälle von Pemphigus 243.
Paterson 366. 383.
Patrocinio 372.
Patterson, Einige Phasen der Syphilis 199.
Paul, Gustav, Multiples Ulcus rodens 34. 587.
— Studie über die Ätiologie und Pathogenese der sogenannten generalisierten Vaccine bei Individuen mit vorher gesunden oder kranker Haut 570.
— und Lawrey, Experimentaluntersuchung über Händedesinfektion 504.
Paviot, Myeloplaxentumor der Beugefläche des Zeigefingers 590.
— 590.
Pawlow, T., Materialien zur Pathologie der Sydhilis 196.
Paye 254.
Pearse, T. F., Ein Fall von multiplen Hautfibromen 254.
Pechkranz, Albuminurie und akute diffuse Nephritis im Verlaufe einiger Hautkrankheiten (Scabies, Ekzem) 158.
Pellizari 414. 415.
Perkel, J., Zur Kasuistik der Masern im Krankenhause 449.
Pernet, G., Die Nachkommen kongenital Syphilitischer 217.
Perrin, Purpura im Kindesalter 442.
— 130.
Personali, Neuer Beitrag zum Studium der Erythromelalgie 187.
Perthes, Über Noma und ihren Erreger 32.
Petersen, Die Behandlung des Lupus nach der Methode von Prof. Finsen 195.
— Über die Wirkung des Menstrualblutes auf Ulcera mollia 551.
Petit 86.
Petri 604.
Petrini 129. 496.
Petruszky 23. 31.
Pezzoli 330.
Pfleger 81.
Pfuhl, Über eine Massenerkrankung durch Vergiftung mit stark solaninhaltigen Kartoffeln 183.
Philippi, Referate 28. 33. 34. 35. 36. 37. 49. 52. 96. 97. 99. 172. 173. 178. 179. 782. 183. 192. 193. 194. 199. 230. 240. 246. 254. 261. 307. 311. 335. 348. 349. 587. 593. 600.
Philippson, L., Über Embolie und Metastase in der Haut 301.
— Experimentelle Untersuchungen über Urticaria 331.
— 534.
Pielicke 81.
Pieraccini und Malenchini, Durch den Eberthschen Bacillus verursachte Abscesse im Unterhautzellgewebe 29.
Pjéturrsson 482.
Pinatelle und Patel, Über drei Fälle von Pemphigus 243.
Pinkus, F., Über Hautveränderungen bei lymphatischer Leukämie und bei Pseudoleukämie 77.
— Ein Fall von Hypotrichosis (Alopecia congenita) 217.
— 73. 74. 426. 427. 567.
Pitha 85.
Pitman 363.
Plate, A. und Guermonprez, Über Fingerherpes 390.
Plato 426.
Platon, Die Epididymo-Funicolectomie und ihre Bedeutung in der Therapie der Hodentuberkulose 339.
Plaut 367. 373.
Playfayr 352.
Plicque, Die Gehirnsyphilis und ihre Behandlung 253.
Plonski, Multiple Keloide 74.
Podwissotzki, Experimentelle Studien über das Parasitentum der Tumoren 585.
Pohl, J., Über die Wachstumsgeschwindigkeit des Kopfhaares 215.
— 42.
Poirier 95.
Polack 320.
Polakowski, H., Über präkolumbische Lepra 80.
— 194.
Poljakow, Ein Fall von syphilitischer Lebercirrhose und milchweifser Ascitesflüssigkeit 538.
Polin 409.
Pollock, Über einen Fall von „Impetigo herpetiformis beim Manne“ 576.
Pontes 372.
Pontoppidan 364. 366.
Poole, Die Behandlung des Scharlachfiebers mit salicylsaurem Natrium 448.
Popper, M., Therapie der Schlafpollutionen, Spermatorrhoe und einiger Prostataaffektionen mittelst Faradisierung der Prostata 92.
Posner, Ein Fall von „Plaque indurée“ am Penis 87.
Pospelow, Nigrities faciei 75.
— Pityriasis rubra Hebrae 516.
— 75. 76. 294. 516. 569. 570. 573.
Posselt, Ein Beitrag zur Lehre von der multiplen Cysticerkose 49.
Pott, Die „Mundfäule der Kinder“ und ihre Beziehungen zur Maul- und Klauenseuche 548.
— 98.
Poukaloff, Kalomelbehandlung des Augentrippers 144.

Poupart 166. 252.
Poynton, Ein Fall von perniciösem akuten Rheumatismus mit ausgedehnter Purpura 181.
Pozzi 83.
Prat, Gesichtserysipel bei einem Neger 245.
Pringle, J. J., Multiples Epitheliom, entstanden auf der Basis eines Lupus erythematosus 485.
Profeta 198. 216. 531.
Proksch, Die Litteratur über die venerischen Krankheiten; Supplementband I 489.
Puppe, Cornua cutanea penis 35.
Purey, Ch. W., Quantitative Eiweifsbestimmung im Urin 342.
Pyle 353. 364.

Queyrat, Fragestellung und Untersuchung bei Geschlechtskranken 408.
De Quervain 40.
Quincke 515.
Quinquaud 106. 133.

Radestock, Über Jodpräparate und deren Dosierung 178.
Raehlmann 49. 491.
Rafin, Blasentumor 406.
Rammstedt, Milzbrand der Zunge mit Ausgang in Heilung nebst Bemerkungen zur Behandlung des Milzbrandkarbunkels 31.
Ranke 31.
Ranvier, L., Histologie der Haut. Definition und Nomenklatur des Menschen und der Tiere 310.
Rasch, C., Nosologische Bemerkungen über Condylome 484.
— 431.
Rath, Zur Bakteriologie der Gangrän 39.
— 81.
Raymond, Die Vererbung bei der Syphilis 229.
— 253. 373.
Raynaud 45. 177. 178. 186. 404. 405. 406. 486. 598. 599.
Reale, Beitrag zur Pathogenese und Therapie der periurethralen Adenitiden und Abscesse bei Blennorrhoe 330.
— 465.
Reblaub 414.
v. Recklinghausen, Über retikuläre Atrophie der Fascien und Sehnenscheiden (und über lepröse Perimyositis) 198.
— 254.
Reclus, Die Behandlung der Hämorrhoiden 36. 38.
— 134. 373.
Reed, Diabetes mellitus und seine Behandlung 163.
— 264.
Reich, Chylurie 343.
Reichardt, Betulin, ein Farbstoff aus der Rinde von Betula alba zum Färben kosmetischer und pharmaceutischer Präparate 172.
Reimann, H., Ein Fall von akuter Leukämie mit Thymustumor bei einem neunjährigen Mädchen 253.
Reizenstein 268. 269. 288.
Remondino, Einige Beobachtungen über Geschichte, Psychologie und Therapie der Impotenz 393.
— Einige Beobachtungen über Enthaltsamkeit als Faktor bei Gesundheit und Krankheit 437.
Renaut 406.
Rendu, Ein universeller Bläschenausschlag nach Genufs von Miesmuscheln 183.
— 401.
Renzi 169.
Respighi, E., Über eine besondere Veränderung der Drüsen der Mundschleimhaut 168.
— Ein neuer Beitrag zur Hyperkeratosis figurata centrifuga atrophicans 218.
Reuter, Beitrag zur Indikation der Überpflanzung ungestielter Hautlappen 504.
Rey und Chantemesse, Der Gehalt des Blutes von Leukocyten bei Erysipelatösen 244.
Reynier, Über den Anthrax 30.
Ten Rhyne, W. 213. 214. 577.
Ribbert 586. 589.
Richards, J. S., Pemphigus des Mundes, Pharynx, Larynx aus der Haut 548.
Richet 38.
Richter, H. E. 477.
Richter, P., Über Sanatogen, besonders bei Syphilis- und Quecksilber-Kachexie 176.
— 401.
— Gonokokkenfärbung 426.
— Über die Anwendung des Neutralrots zur Gonokokkenfärbung 577.
Ricord 86.
Ricoux und Audry, Ein angeblicher Androgyne in einer Anstaltsabteilung für Frauen 308.
Rieder 586.
Riehl 27. 153. 302.
Rille, J. H., Rhinophyma 16.
— Xeroderma pigmentosum 16. 46.
— Eine durch grofse Dosen Jodkalium geheilte Psoriasiskranke 17.
— Atrophie der Haut 39.
— Zwei Fälle von Pemphigus 327.
— Ein Lupus vulgaris von ungewöhnlicher Ausdehnung 496.
— Die syphilitischen Erkrankungen des Mastdarms 536.

Rindfleisch 305.
Ritter 240.
Roberts, A. M. v., Arsenik, ein Irritans für die Haut 142.
Roberts, Leslie, Experimentelle Beiträge über die Fermente der Ringwurmpilze 146.
— Die Chronicität des Ekzems 545.
— Beiträge zum Studium verschiedener Hautkrankheiten 578.
Robin, Fr., Der therapeutische Gebrauch von Suprarenalextrakt 256.
— und Leredde, Rolle der Dyspepsien bei der Entstehung einiger Hautkrankheiten 356.
Robinson, A. R. 393.
Rocca, C., Hämatologische Untersuchungen über die Purpura haemorrhagica 332.
— Über Pikrinsäureinstillationen bei der chronischen Urethritis 332.
Rocaz, Über die Pathogenese der Purpura 441.
Röder, Menièrescher Symptomenkomplex 74.
Roelig, Ed., Über Anwendung und Wirkung von Aristol bei Brandwunden und Verbrennungen 182.
Röntgen 170.
Roerig, Zur Blasenspülung 213.
Rörig, R. und F., Zur Behandlung der Prostatahypertrophie 141.
Rohleder, H., Die Stellung der Krankenpflege zur Masturbation 503.
Rolleston, H. D. Ein Fall von Recklinghausenscher Krankheit, kompliziert durch sarkomatöses Gewächs des Plexus brachialis 254.
— und C. Ogle, Syphilitische Stenose beider Bronchien 535.
Rolly, Zur Frühdiagnose der Masern 449.
Romme, Das salicylsaure Natron bei der Behandlung der blennorrhoischen Hodenentzündung 350.
Róna, S., Zwei Fälle einer mit Epidermolysis bullosa, konsekutiver Hautatrophie, Epidermiscysten und Nagelverkümmerung einhergehenden Hautkrankheit 296.
Rosenbach, Zur Kasuistik der sexuellen Perversion 308.
— 547.
Rosenberg, Solutio Korestoli Rosenberg 352.
Rosenthal, O., Leukoderma psoriaticum 327.
— Dermatitis herpetiformis Duhring 327.
— 159. 160. 324. 425. 567.
Roser 86.
Rost, Behaarungsanomalie 50.
Roth, Friedrich, Über die Beziehungen des Lupus erythematosus zur Tuberkulose 300. 433. 520.
— 81.
Rothschild, D., Der Sternalwinkel (Angulus Ludovici) in anatomischer, physiologischer und pathologischer Hinsicht 394.
Roubicceck, Emil, Ein Beitrag zur Keratitis parenchymatosa bei erworbener Lues 230.
Routier, Hodentuberkulose 94.
— 94.
Rovsing, Th. 82.
Rudisch 186.
Ruheman, Studie zur inneren Anwendung des Protargols 353.
Runge 139. 323.
Ruppel 81.
Russel 248. 481.
Rutkowski, M., Zur Methode der Harnblasenplastik 91.

Saalfeld, E., Ein Beitrag zur Lehre von der Alopecia praematura 25.
— Keratosis follicularis universalis 73.
— Über Eigone 173.
— Fall von Tierscabies 326.
— 326. 567. 568.
Sabolotski, Fall von Erythema exsudadivum multiforme 569.
— Ichthyosis 569.
Sabouraud, R., Klinische und bakteriologische Untersuchungen über die Impetigo 388.
— 521.
— 25. 105. 112. 135. 243. 333, 389. 596.
— und Amabilis, Acne necrotica 99.
Sabrazès, Zur Sterilisation von Bürsten, Kämmen, Scheren, Rasiermessern u. s. w. in den Barbierstuben 21.
Sachs, B., Über Erythromelagie 186.
Saemisch, Scabies der Cornea 536.
Saint-Martin 21.
Sakrepa, Heliosin 516.
Sala 145.
Salvator 460.
Samter 516.
Samuel 105. 106. 132.
Sanarelli 263. 264.
Sanguirico 472.
Santos 363.
Sarason, Über ein neues Suspensorium 92.
Sarda, Akute Vergiftung nach Ausspülung der Urethra mit einer Lösung von Quecksilbercyanür 221.
— Ulcus simplex auf Blutegelstichen 524.
— Sekundärsymptome sechs Jahre nach der ersten Ansteckung 525.
— 506.
Sattler, Varicellen, beschränkt auf die Augenlider 452.
Savory, Hypodermische Medikation bei Hautkrankheiten 395.

Sawyer, J., Bemerkungen zur Ätiologie des Krebses 587.
Scarenzio, Die Absorption des Kalomels bei intramuskulären Injektionen, einige besondere Indikationen derselben 238.
— 330.
Schaeche, Zur Verhütung des Karbolbrandes 182.
Schäffer, Jean, Die Visceralerkrankungen der Leprösen 480.
Schäffter 193. 376. 534.
Schaleck, A., Beitrag zur Histogenese des Melanosarkoms der Haut 580.
Schalita, S. G., Die Behandlung der Hämorrhoiden mittelst Karbol-Cocaininjektionen 259
Schamberg, Herpes Zoster, besonders der supraorbitale Typus 184.
— Die Behandlung des Ekzems 289.
Schanzenbach, Über einen Fall von Eccema tuberculosum 239.
Scharff, P. 27.
Schenk, A., Über Sensibilitätsstörungen beim neuropathischen Ekzem 546.
Schering 99.
Schiff, Eduard, Über die Anwendung der Röntgenstrahlen in der Medizin 170.
— 170 293. 397.
Schimmelbusch 31. 249.
Schlagenhäufer und Ghon, Ein weiterer Beitrag zur Biologie des Gonococcus und zur pathologischen Anatomie des blennorrhoischen Prozesses 141.
Schlagintweit, Zur Vereinfachung der Cystoskopie 483.
Schleich, Neue Methoden der Wundheilung. Ihre Bedingungen und Vereinfachung für die Praxis 394.
Schmid, A., Über Röteln und Erythemepidemien 451.
Schmidt, M. B. 180. 266. 268. 305.
Schmolck, Ein Fall von Syphilis insontium 199.
Schneider und Becker, Über Zinkoxyd-, Stärke-, Resorcin-Paste 402.
Schönlein 476.
Scholtz, W., Über den Nachweis von Arsen auf biologischem Wege in den Hautschuppen, Haaren, Schweifs und Urin 556.
Schottländer 356.
Schreiber 493.
Schreiner 215.
Schüppel 376.
Schütz, J., Klinisches über Akne und den seborrhoischen Zustand 517.
— Ein Beitrag zur Therapie und Ätiologie des Lichen chronicus circumscriptus hypertrophicus (Lichen ruber verrucosus Lichen corneus) 573.
— 262. 274.
Schütze, Albert, Über einen Fall von Diphtherie mit Erythema nodosum und Gelenkschwellungen ohne Serumbehandlung 442.
Schuftan, A., Zur Prophylaxe des Trippers 345.
*Schulze, B., Idiosynkrasie gegen Anwendung von Hydrargyrum-Präparaten 206.
— Referate 504. 589. 597.
Schuster, L., Zur Behandlung mittelst Quecksilbersäckchen und Mercolint 520.
— 509.
Schwartz, Die Behandlung der Varicen 97.
— Hydronephrose mit Verlagerung in die Fossa iliaca und Knickung des Ureters, Schwere Störungen der Urinsekretion. Nephrektomie. Heilung 97.
Schweissinger, Jodol-Perubalsam-Salbe 173.
Schwimmer 107. 108. 113. 114. 129. 391.
Seelig, A., Beitrag zur Bakteriurie 99.
Seiffert 32.
Seitz, Diphtheriebacillen in einem Panaritium 248.
Seldowitsch, Zur Pathologie des Molluscum contagiosum 255.
Sellei, J., Pathologische und klinische Beiträge zur Psoriasis vulgaris 240.
Sellner, B., Beitrag zur Kenntnis der scharlachähnlichen Influenzaexantheme 403.
Selzer, S., Arsen in der Therapie des Scharlachs 189.
Sen 364. 366.
Senator 434.
Sergent und Bernard, Addisonsche Krankheit und pathologische Veränderungen der Nebennieren 592.
Sérieux 541.
Shepherd 363. 366. 415.
Sherwell, S., Bemerkungen über die Behandlung der Scabies 164.
— 516.
Schields, Psoriasis varioliformis (mihi) 392.
Shoemaker, Sycosis-Verruca, Keloid, Alopecia circumscripta 438.
Sibley, Die therapeutische Wirkung von Licht und Hitze 195.
— Neurotische Geschwüre des Mundes, sogenannte Stomatitis neurotica chronica 445.
— 445.
Siddal, J. B., Die Behandlung der Hämophilie 406.
Siebert 509.
Siegheim 568.
Silberstein, J., Das Resorbinquecksilber, ein Ersatzmittel der grauen Salbe 401.
Silverman, J. A, Ein interessanter Fall von syphilitischem Leukoderma 503.

Simon, John 406.
Sims 436.
Sinzin 517.
Sion und Babes, Nervenläsionen bei Pellagra 403.
Sippel, Ein Fall von Scharlach nach Laparotomie nebst Bemerkungen zum puerperalen Scharlach 448.
Skillern 601.
Slawinski, Beitrag zur Anatomie der Varicen der unteren Extremität. Über die Lokalisation der sackartigen Erweiterungen der Vena saphena magna 595.
Slavik 451.
Sklavo, A., Über einige neue Resultate mit der spezifischen Serotherapie der Pustula maligna und über die endovenösen Injektionen von Sublimat beim Milzbrand des Kaninchens 552.
Smirnow, L., Ein Fall von Elephantiasis 246.
— 145.
Smith, G. B. und Washborn, Über die Infektiosität maligner Neubildungen 584.
Smith, J. W., Suprapubicale Prostatektomie 342.
Smyth 364.
Snellen 132.
Sokolow, A., Dystrophie bei hereditärer Syphilis 76.
— Zur Frage über Endigungen der Nerven in den Vater-Pacinischen Körperchen 145.
— Ein Fall von Arthritis blennorrhoica beim Neugeborenen 348.
Solari, B., Zur Prophylaxis der Lepra 494.
— Die Behandlung ausgedehnter syphilitischer Geschwüre 544.
Soltmann 154.
Soluzen, J., Über recidivierendes Erysipel 244.
Somers, Spätauftretende oropharyngeale Syphilis 229.
Sommerfeld, W., Über ein neues Jodeiweifspräparat („Jodolen"-Laquer) und seine therapeutische Verwendung 572.
Sorrentino, Beitrag zum Studium der Blutveränderungen bei Syphilis, insbesondere in Bezug auf die Alkalescenz, die Isotonie und das spezifische Gewicht 196.
— Zur Pathogenese der allgemeinen Komplikationen der Blennorrhoe 348.
Spagola, A., Ein Fall von syphilitischer Reinfektion 168.
Spencer, W. G., Zwei Fälle von phagedänischem Schanker mit tötlichem Ausgange 551.
Sperance 189.
Speranski, Hereditär-syphilitisches Kind 516.
Speranski 294.
Spiegel und Naphtali, Untersuchungen über Naftalan 400.
*Spiegelhauer, Zur Behandlung der gonorrhoischen Epididymitis 386.
— 514.
Spiegler, E., Über Endotheliome der Haut 76.
Spiller 186.
Spitzer 352.
Sprecher, Beitrag zum Studium des extragenitalen Schankers 499.
— Das Orthoform und sein Wert als Analgetikum bei Kalomelinjektionen.
Spronck 495. 516.
Spuler, Die Regeneration der Haare 429.
Squire 477.
Stadelmann 230.
Stahr, Hermann, Bemerkungen über die Verbindungen der Lymphgefäfse der Prostata mit denen der Blase 95.
*Stark, Ein Fall von hochgradiger Idiosynkrasie gegen Injektionen mit Hydrarg. salicyl., nebst einem Beitrage zur sogenannten Paraffinembolie der Lungen 201.
— Ein Fall von Urticaria pigmentosa 590.
Stark 89.
Stassano 199.
Steche, Die innere Medikation bei Blennorrhoe und deren Folgezuständen mit besonderer Berücksichtigung des „Gonorol". 351.
Stein, Heinrich, Ein Fall schweren komplizierten Erysipels nach ritueller Circumcision 28.
Stein, J., Ein Fall von tötlicher Blutung aus der Vena jugularis comm. bei Scharlach 188.
Stein, M., Ein Fall von Nesselfieber kompliziert mit Hämorrhagieen in der Haut 178.
Steiner, R., Ein Fall von knotigem Jodkalium-Exanthem 444.
— Ein Fall von grofsknotiger Bromakne 444.
Stenz 228.
Stern, Arthur, Komplete Zerreifsung der Harnröhre 89.
— Beitrag zur chirurgischen Behandlung der Elephantiasis 555.
Stern, Referate 25. 88. 89. 99. 100. 172. 175. 176. 177. 180. 181. 186. 188. 191. 193. 195. 197. 222. 224. 229. 233. 234. 235. 236. 239. 251. 253. 259. 263. 264. 307. 309. 312. 336. 338. 342. 343. 344. 345. 399. 402. 405. 407. 443. 444. 450. 454. 455. 456. 492. 503. 545. 547. 548. 550. 586. 594. 601. 602.
— 508.
Sternberg, G. M., Der Bacillus icteroides als Ursache des gelben Fiebers 268.
— 568.

Sticker 193. 451. 517.
Stinson, J. C., Gehirn - Rückenmarkssyphilis mit intramuskulären Injektionen unlöslicher Quecksilbersalze behandelt 233.
— Eine Übersicht über die verschiedenen Hämorrhoidaloperationen: die beste Operation 259.
— Echinacea Angustifolia, ein neues Aphrodisiacum 399.
— 548.
Stockmann, Die Bottinische Operation bei der Behandlung der Prostatahypertrophie 96.
Stoker, G., Wundbehandlung mit Sauerstoffgas 171.
Stolanowitch und Balzer, Behandlung der Alopecia areata mit Milchsäure 43.
Stone, A. K., Über Gummata des Beckens 234.
Stransky, Sensibilitätserkrankungen an transplantierten Hautstücken 151.
Strauss, A., Referate 144. 172. 173. 400. 402.
Ströhmberg, C., Die Prostitution 224.
Struppler, Beiträge zur Pathologie der Gehirn- und Rückenmarkssyphilis 541.
Stubenrauch, Schädelsyphilis 231
— Hypertrophie der Prostata und Lithiasis der Blase und der Nieren 341.
Stumpf, Ergebnisse der Schutzpockenimpfung im Königreiche Bayern im Jahre 1898. 454.
Suchanek, Erfahrungen mit Vasogenpräparaten 402.
Surico, V., Beitrag zum Studium der kongenitalen Syphilis 531.
Sykes, W., Über das Inkubationsstadium der Varicellen oder der Schafpocken 452.

Taenzer, P., Referate 22. 394.
— 225. 276. 282. 284. 463.
Tailhefer, M. 409.
Tanaka, K., Über Ätiologie und Pathogenese der Kedanikrankheit 306.
Tandler, Zur Frage der Tysonschen Drüsen 310.
— 27. 432.
Tangl und Baumgarten, Jahresbericht über die Fortschritte in der Lehre von den pathologenen Mikroorganismen 1897, zweite Hälfte 26.
Tarnowsky, Über die Heilbarkeit der Syphilis 197.
— und Jakowlew, S., Die Luesbehandlung mit dem Serum merkurialisierter Tiere 237.
Tarray 40.
Tatouchesco, Betrachtungen über Pankreassyphilis 536.
Tavel, Über die schubweise auftretende entzündliche Schwellung bei Lymphangiomen 255.
Taylor, H. N., Über den Zusammenhang zwischen Asthma und Eccema 239.
Temple, G. H., Pustula maligna 552.
Thibierge 414.
Thiem 81.
Thiersch 6. 77. 173. 258.
Thilanus 40.
Thomas, J. D., Einige Bemerkungen über Syphilis 198.
— Syphilis, ihre sekundären und tertiären Formen 199.
— Syphilis: der Schanker 229.
— Behandlung der Syphilis 237.
v. Thomas, W. Th., Operation der Hämorrhoiden 38.
Thomson, J. A., Lepra auf Madeira 193.
— Bericht über die Lepra in Neu-Süd-Wales für das Jahr 1897. 212.
— Lepra in Neu-Süd-Wales 494.
Thorel, Ch., Über viscerale Syphilis 535.
Tipzeff, Beobachtungen über die Wirkung des Protargols beim Tripper des Mannes 353.
Tobeitz 451.
Török, L., Ist das Ekzem mikro-parasitären Ursprungs? 389.
— 296. 518.
Tokishize 246.
Tommasoli 125. 465. 472. 473. 474.
Tonkin, Scharlachfieber und intrakranielle Eiterung ausgehend von der Nase 44.
Tonkoff, Über die vielkernigen Zellen des Plattenepithels 146.
Toubert, Ein Fall von juxta-urethraler kongenitaler Fistel des Orificium urethrae 436.
De la Tourette 226.
Trantos und v. Düring, Ophthalmoskopische Befunde bei Leprösen 495.
Trenaunay und Klippel, Naevus varicosus osteo-hypertrophicus 602.
Trew 85.
Tricomi 40.
Triepel 270. 271.
Trifiletti, Para- oder postsyphilitische Läsionen des Larynx? 332.
Troïsier 415.
Trombetta, Über Fibroma molluscum 590.
Truffi, Beitrag zur Frage des Pemphigus foliaceus 28.
Trumpp 99.
Trunecek, C., Radikalbehandlung des Epithelialkrebses mit Arsenik (Czerny-Truneceksche Methode) 587.
— 84. 330. 587. 588.
Trzebicky, R., Fremdkörper in der Blase von Männern 90.

Tschamer 451.
Tscherjew, S., Über die Behandlung der Syphilis im allgemeinen und der auf der Basis dieser Krankheit sich entwickelnden Krankheit 236.
Tsihiriew, Über die Behandlung der Syphilis im allgemeinen und über diejenige der Tabes postsyphilitica im besonderen 435.
Tschlenoff, Tuberculosis cutis 294.
— 294. 569.
Tubby, A. H., Multiple Sarkome der Haut 589.
Türk, W., Pseudoleukämie und Lymphsarkomatose 253.
Türkheim, J., Referate 21. 69. 218. 221. 390. 392. 398. 441. 524. 525. 581.
Tuffier, Die Behandlung der Hämorrhoiden 38.
— Behandlung der Hodentuberkulose 94.
— Die Varicocele und ihre Behandlung 339.
— 340.
Turner, C., Ein Fall von Morbus Addisonii, bei welchem zwei Tage vor dem Tode der Blutdruck bestimmt wurde 36.
Tuttle, J. P., Über Pruritus ani 601.
— 528.

Uffreduzzi 495.
Uhlenhuth, Über diffuse Sklerodermie 44.
Uhma, Die Schnellfärbung des Neisserschen Diplococcus in frischen nicht fixierten Präparaten 80.
— 426.
Úhthoff, Fall von syphilitischer Orbitalerkrankung 231.
Ullmann 176. 351.
Ultzmann 491.
*Unna, P. G., Kühlpasten 1.
*— Transpellikulare Behandlung 14.
*— Zur Diagnose der Frostbeulen 70.
*— Fort mit dem Leinen! 155.
*— Ichthyolkollodium gegen Gefäfsmäler der Säuglinge 208.
*— Das Wesen der Naftalanwirkung 321.
*— Celloidinum inelasticum 422.
*— Celloidinum inelasticum und Collodium elasticum 476.
*— Gynokardseife gegen Lepra 139.
— Über Tuberculinseife 176.
— Referat 534.
— 3. 7. 8. 9. 10. 25. 27. 38. 42 54. 63. 109. 134. 137. 167. 169. 195. 225. 241. 243. 245. 250. 251. 265. 266. 269. 270. 271. 272. 273. 275. 279. 280. 282. 283. 284. 285. 286. 287. 288. 289. 302. 313. 331. 356. 361. 376. 377. 379. 380. 381. 384. 385. 389. 409. 410. 417. 420. 432. 490. 492. 501. 506. 518. 521. 522. 527. 528. 531. 554. 576. 580. 596. 598.
Unruh, O., Gleichzeitiges Erkranken an Scharlach und Masern 189.
Ustinow, Fall von Reinfectio syphilitica 570.
— 517.
Unverricht 553.

Valentine, F. C., Ein verbessertes Urethroskop 88.
— 457. 466. 467. 470. 474.
Valude 230.
Vanghetti 352.
Vanselow und Czaplewski, Beitrag zur Lehre von den Staphylokokken der Lymphe 456.
Vanzetti 86.
Varga G., Heilversuch mit Naftalan 175.
— 467.
Variot 26.
Vassaux 211.
Vater 145.
Vehmeier, Zur Ätiologie der Ödeme 402.
Veiel 261.
Venanzi, Einige Pigmentstörungen der Haut, verglichen mit experimentellen Erscheinungen der Nebennieren 256.
Verdelett, L., Ein Tumor der Hand. Botryomykosis humana 392.
Verhoogen, J., Die Cystitiden 312.
Verneuil 106.
Vertun, Wesen und Bedeutung der Florenceschen Reaktion 215.
Vidal 23. 427. 522.
Vignes, Weicher Schanker der Conjunctiva bulbi 280.
Villeneuve 340.
Vincent, Scharlachfieber 437.
— 140.
Virchow 35. 51. 136. 194. 254. 380. 480. 481. 505.
Vitner, C, Beitrag zum Studium der Serotherapie bei der Syphilis 238.
Vogel, G., Über die Durchgängigkeit der unversehrten Haut des Warmblüters 353.
Vogl, Verbreitung der ansteckenden Geschlechtskrankheiten in der Armee nebst Bemerkungen über die Therapie der Blennorrhoe 356.
— 149. 357.
Voigt, Leonh., Die Technik der Impfung 52.
— Beschlüsse des Bundesrats, betreffend das Impfwesen 192.
— 425.
Volkmann 258.
Vollbracht, Ein Fall von Morbus Addisonii nach vorausgegangener Purpura

haemorrhagica. Mit einer Stoffwechseluntersuchung 36.
Vollmer, Ekzembehandlung und der faradische Strom 240.
Vulpian 131.

Waelsch, L., Über das Lymphangioma cutis cysticum circumscriptum 304.
Waldeyer, Phthirii pubis auf dem behaarten Kopf 326.
— 326. 357.
Walker, G. 95.
Warden 364.
Washbourn und Garrat, Eine systematische, bakteriologische Untersuchung des Rachens bei Scharlachfieber zum Zwecke der Verhütung einer postskarlatinösen Diphtherie 447.
— und G. B. Smith, Über die Infektiosität maligner Neubildungen 584.
Wasiliew, M. A., Die Traumen der Harnröhre des Mannes 225.
Wassmuth, Beitrag zur Lehre von der Hyperkeratosis diffusa congenita 243.
Watkins, A. H., Bullöse Dermatitis nach Jodoformgebrauch 444.
Watten, Zur operativen Behandlung der Eichelhypospadie 310.
Webb, G. B., Eine einfache Methode zur Behandlung eingewachsener Nägel 442.
Webber und H. A. Daffet, Einseitige Kastration wegen Prostatahypertrophie bei einem 87jährigen Manne; Atrophie der Prostata 97.
Weber, F. P., Ein Fall von Purpura mit Bemerkungen über viscerale Komplikationen 488.
— Diffuse syphilitische Veränderungen in der Leber 538.
Weber, H., Über die Wirksamkeit des Protargols in einem Falle von Blennorrhoe beim Erwachsenen 144.
— Die Behandlung der Hyperidrosis 48.
— 266.
Wechselmann 72. 75. 467.
Wecker, L., Die Gefahr der spezifischen Behandlung bei der tabetischen Sehnervenatrophie 230.
Wegner 255.
Wehmer, R., Medizinal-Kalender für das Jahr 1900 22.
*Weidenhammer, Zur Tripperbehandlung 567.
Weigert 281. 283. 428. 463. 580.
Weinrich, Kystophotographie nach Nitze 425.
— 426.
Weis 340.
Weiss, L., Über Asepsis der Harnröhre 309.
— Was und wie soll man bei Blennorrhoe injizieren? 352.
Weiss, L. 85.
Welander 80. 251. 505. 509. 510. 513. 519. 520. 542. 544.
Werler, O., Über die ambulante Behandlung der blennorrhoischen Nebenhodenentzündung 350.
Werlhof 442.
Wermel, M. 513.
Wesolowski, Beitrag zur pathologischen Anatomie des Xeroderma pigmentosum 597.
West, S., Hautaffektionen bei Nierenerkrankungen 358.
— 181.
Wetzel, Blennorrhoische Sehnenscheidenentzündung 143.
Wewiorowski, Die Serumbehandlung der Syphilis 543.
White, J. C. 437.
Whitehead 38.
Whitfield, A., Eine Form von Gelenkaffektion in den späteren Stadien der Syphilis 236.
— Ausgedehnter Lupus erythematosus 597.
Wickham 414.
Widowitz, J., Über die „Koplikschen Flecken bei Masern" 191.
— 451.
Wieher, G., Über ein Melanosarkom des Rectums und die melanotischen Geschwülste im allgemeinen 589.
Wiggins, Hauttransplantation durch getrocknete Epidermisschuppen 52.
Wile, H. 376.
Wilks 415.
Willan 133. 181.
Willems 538.
Williamson, Syphilitische Krankheiten des Rückenmarks 226.
Wilson 222. 413. 414. 419.
Winckler 363.
Winfield, J. M., Ein Fall von Haut-Angiosarkom 530.
Winternitz, R., Über Veränderungen regionärer Lymphdrüsen bei artifiziellen Hautentzündungen 151.
— 174. 357. 492. 524.
Wise 364.
Wittelshöfer 85.
Witzel 345.
Wölfler 24.
Woit, O., Das Rückenmark, die peripheren Nerven und die Hautflecken bei der Lepra maculo-anaesthetica 483.
Wolff, A. 432. 564. 565.
Wolfsohn, Über die Behandlung der Syphilis nach der Welanderschen Methode 544.
— 509.
Wollenmann, A. G., Behandlung des Hautkrebses 588.
Wolters 205. 581. 282. 284.
Wood, R. L., Syphilis des Magens 230.

Wood, John 376.
Worger, R. L., Aufserordentliche Entwickelung der Genitalorgane bei einem Fötus männlichen Geschlechts 307.
Wossidlo, Incisionscystoskop zur Ausführung der Bottinischen Operation bei Prostatahypertrophie unter Kontrolle des Auges 483.
— 514. 515.
— und Kollmann, Neues cystoskopisches Instrumentarium 483.
— — Cystoskope mit Desinfektionshülse 483.
Wright 253.
Wucherer, O. 376.
Wunderlich, Zur Anwendung von Orthoform 400.
— 179.
Wutzdorf 545.
Wyssotzki, Veränderungen der Zähne bei hereditärer Syphilis 76.
— Elephantiasis brachii dextri 570.
Young, Die operative Behandlung der Prostatahypertrophie 437.

Zabludowski, Über die Behandlung der Impotentia virilis 436. 484. 530.
Zambaco 361. 362. 374.
Zambulovici 249.
Zarewicz 7.
Zatarew, N., Die Immunität Tuberkulöser und Syphilitischer gegen Typhus abdominalis 198.
Zeissl 514.
Zenthöfer 292.
Ziehl 463.
Zuckerkandl, O., Zur Blasendrainage 91.
— Ein Fall von Kontusion der Harnblase 141.
— 335.

St 1